

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE DES NARRATIFS IDENTITAIRES CHEZ DES
PERSONNES PRÉSENTANT UNE MALADIE MENTALE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

AMÉLIE PROULX

DÉCEMBRE 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

Papa, ta fin aura précédé celle de
mes écrits, ton esprit à guider ma
main ! Je t'aime.

François, ta pédagogie par la
patience fait de toi un grand
homme !

RÉSUMÉ

Ce mémoire présente une étude exploratoire des narratifs identitaires utilisés par des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ce travail de recherche se base sur l'idée que l'expression de la folie se voit incarnée dans un langage et un récit scientifique univoque de type médical qui associe la folie à une maladie et fait d'une personne aux prises avec des manifestations souffrantes s'écarter de la norme sociale tolérée, l'objet d'un traitement. Ce narratif médical, produisant un diagnostic constamment répété, subjugue l'identité de cette personne et produit une forme de contention symbolique la forçant à devenir cette attribution, cette catégorie diagnostique. Au plan théorique, ce travail de recherche utilise les concepts de narratif, de stigmatisme et d'identité afin d'expliquer et de comprendre cette expérience vécue au moment d'un épisode ou d'une série d'épisodes de soins. Un narratif est un récit qui organise le vécu d'un individu en une histoire sensée au plan personnel. Le narratif devient une histoire racontée crédible et significative. Le stigmatisme est une catégorisation, de l'ordre du visible ou de l'invisible, qui discrédite la personne au plan social. Le travail explore les processus d'identification au sein des narratifs utilisés. Comment le diagnostic affecte-t-il ces derniers dans l'interaction? En somme, nous tentons de saisir la portée du discrédit associé à la détermination de la pathologie dans le vécu quotidien des personnes ayant un problème de santé mentale. Ce mémoire a des assises méthodologiques issues des courants théoriques du constructionnisme social ainsi qu'une posture poststructurale évoquant une nécessaire pluralité des possibles en termes d'identité et des narratifs composant cette dernière. Dans le cadre d'une méthodologie qualitative, six entretiens individuels auprès de personnes ayant une histoire psychiatrique ont été réalisés. Ce mémoire présente, à partir de leur position sociale, l'histoire personnelle d'un vécu psychiatrique des personnes rencontrées. Les résultats de l'analyse ont permis de mieux comprendre les impacts des structures de soins en psychiatrie et de prendre la mesure des conséquences au sein des narratifs au plan identitaire qu'elle contribue à reproduire. Enfin, à la lumière des résultats, il est possible de constater qu'il y a peu de récits identitaires n'ayant pas été affectés par le narratif médical formé du couple diagnostic/médication. Le défi reste entier au plan clinique : susciter des narratifs d'exception auprès des personnes ayant un problème de santé mentale reste une approche nouvelle et peu utilisée face à leur problème.

MOTS-CLÉS : trouble mental, narratif, stigmatisme, identité, psychiatrie

TABLE DES MATIÈRES

	Page
DÉDICACE.....	ii
RÉSUMÉ.....	iii
AVANT-PROPOS.....	vi
 INTRODUCTION.....	 1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE.....	 6
1.1 L'ordre du social: histoire et narratifs sociaux de la folie.....	7
1.2 L'ordre de l'institution: les narratifs médicaux et psychiatriques.....	11
1.3 L'ordre de l'interaction : le choc des narratifs sociaux, institutionnels et identitaires.....	19
CHAPITRE II LE CADRE THÉORIQUE.....	 24
2.1 Les narratifs.....	24
2.2 La notion de stigmat.....	35
2.3 Du narratif au stigmat : une perspective sociale en analyse.....	44
CHAPITRE III LA MÉTHODOLOGIE.....	 47
3.1 Positionnement épistémologique.....	47
3.2 Le choix de la méthode qualitative.....	49
3.3 L'échantillonnage.....	51

3.4 Le recrutement et les aspects éthiques reliés	54
3.5 La collecte de données.....	58
3.6 L'analyse de données.....	60

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	62
---------------------------------	----

4.1 Portrait des participants.....	62
4.2 L'histoire antérieure à la maladie : une réinterprétation à la lumière de la maladie.....	69
4.2.1 Le vécu familial.....	69
4.2.2 La fratrie, le laboratoire des narratifs servant aux relations sociales	72
4.2.3 Le monde scolaire : espace de transactions sociales.....	73
4.2.4 Le parcours d'emploi: l'exercice d'un rôle social contraignant.....	74
4.3 Le parcours psychiatrique : une interprétation de l'histoire de leur maladie	76
4.3.1 Le vécu hospitalier : le brouillard de la mémoire des faits	76
4.3.2 Le vécu lors de l'hospitalisation : l'impact des procédés sur le sens de l'expérience.....	79
4.3.3 Le diagnostic, le traitement et un certain vide explicatif entre les deux.....	82
4.3.4 Les relations avec l'entourage dans un contexte d'hospitalisation....	85
4.4 Le quotidien d'un psychiatisé : les usages identitaires	86
4.4.1 Un quotidien rythmé différemment : une adaptation fonctionnelle revisitée.....	87
4.4.2 La contrainte de performance au plan social issue d'un quotidien vécu autrement	89

4.4.3 Le quotidien comme modalité d'intégration du procédé de la stigmatisation.....	90
4.4.4 Un quotidien rythmé différemment et son implication dans l'interaction sociale.....	92
CHAPITRE V	
ANALYSE ET DISCUSSION	96
5.1 Les considérations identitaires et la notion d'itinéraire.....	98
5.2 Une tendance figurée : les facettes du soi mobilisées.....	102
5.2.1 Une facette de résigné ou l'action de cesser d'assumer une part de soi.....	104
5.2.2 La facette du revendicateur : action de se défendre-de confronter ce que l'on arrive difficilement à assumer.....	107
5.2.3 La facette résiliente : un soi rebondissant assumant le douloureux passage entre ce qu'il a été, était est devenu au-delà du stigmaté.....	110
5.3 Les limites du cadre théorique : lieu de question proposant d'autres perspectives de recherche.....	114
CONCLUSION.....	118
ANNEXES.....	124
ANNEXE A: Exemple d'un examen mental.....	125
ANNEXE B: Formulaire de consentement.....	130
ANNEXE C: Grille d'entrevue.....	133
ANNEXE D: Tableau présentant les participants.....	136
BIBLIOGRAPHIE.....	138

AVANT PROPOS

Tout d'abord, je tiens à remercier chacune des personnes ayant eu le courage de participer à cette recherche. Chacun et chacune vous êtes pliés à un exercice de mise à nu difficile en partageant votre perception, votre histoire de vie, votre parcours de soins psychiatriques. Le son de vos mots coule toujours à mon oreille, votre ouverture à l'autre fut pour moi un cadeau inestimable et m'a permis d'apprendre et surtout de mieux comprendre qui nous sommes, nous les humains. Nadia, Guylaine, Ariane, Jenny, Mathias et Bertrand, je vous remercie d'avoir ouvert votre esprit et votre cœur. Je vous dois la somme des apprentissages réalisés par ce mémoire de recherche.

Lorsque j'ai amorcé mes cours à la maîtrise en travail social, je n'avais qu'une idée en tête : pourquoi avons-nous de la difficulté à nommer un chat, un chat. Je commençais à pratiquer le métier de travailleuse sociale et je côtoyais des professionnels, principalement des psychiatres, qui dans leur communication redoublaient d'efforts afin de ne rien dire. À vrai dire, je remarquais qu'une quantité importante des énergies en matière de communication était consacrée à tourner autour de ce que l'on voulait dire sans vraiment dire ce que l'on avait à dire. Nébuleuse prémisse! En fait, j'observais dans ma pratique de travailleuse sociale en psychiatrie que la majorité des personnes que je rencontrais ne pouvait me dire leur diagnostic, mais ce dernier devenait l'ultime prétexte justifiant leur difficulté à vivre dans la communauté. Décidément, personne n'arrive à communiquer clairement en milieu hospitalier !

J'ai rarement vu, au cours de ma courte affectation de six ans comme travailleuse sociale en psychiatrie, une réelle discussion entre un intervenant et un patient ayant pour objet l'énonciation et l'explication de son diagnostic. Un curieux malaise semble

exister autour de ce constat issu de ma pratique de travailleuse sociale. De l'urgence au service interne en passant par la clinique ambulatoire, cette conversation idéalisée entre un psychiatre et son patient n'a jamais existé. Pourquoi ? Des explications m'ont été offertes : « *c'est trop confrontant pour eux d'entendre le diagnostic ou tu sais Amélie c'est fort le déni : souvent on le dit, mais il préfère faire comme si nous ne l'avions pas dit.* » Bon nombre de fois, j'ai été présente lors des examens mentaux et j'ai rarement entendu un diagnostic être prononcé. Est-ce du déni ?

Ce constat sur ce qui n'est pas dit et qui devrait être dit et assumé puisqu'il fait objet d'usage dans l'ensemble des conversations cliniques ayant cours dans la pratique m'a conduite sur la piste de mon sujet de recherche. D'une part, l'individu souffrant d'un problème de santé mentale se débat dans le piège d'une maladie jamais dite, jamais clairement nommée et identifiée, mais qui engendre des limitations concrètes. D'autre part, cette maladie mentale devient, pour ces personnes, un morceau si important de leur identité qu'ils en viennent à se présenter par le biais de celle-ci. « *Bonjour! Je suis George... Je suis schizophrène.* » Deuxième paradoxe ! Ainsi, l'identité d'une personne semble affectée et dominée par la maladie mentale. Comment ce qui n'est jamais clairement évoqué devient-il un déterminant qui stigmatise l'individu ?

Ce sont ces quelques réflexions qui m'ont conduite sur la voie de la recherche et non sur celle d'un stage et d'un essai comme cursus de maîtrise. À ce jour, je n'ai aucun regret, mais plutôt un sens renouvelé de curiosité. J'ai éprouvé si souvent le sentiment d'être seule sur mon île que je me réjouis d'accueillir des naufragés, des lecteurs qui j'espère tireront autant de plaisir à lire ce que j'ai écrit que je n'en ai eu à l'écrire.

INTRODUCTION

Selon un portrait planétaire proposé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une personne sur cinq souffrira d'un problème de santé mentale au cours de sa vie, et ce pour toutes catégories économiques confondues. D'ailleurs, l'un des éléments mis de l'avant par l'OMS (2001) soutient que plusieurs troubles mentaux sont dans les dix premières positions au palmarès des causes d'invalidité dans le monde : dépression, trouble bipolaire, schizophrénie, trouble obsessionnel compulsif. Ainsi, à l'échelle planétaire, pas de doute, les problèmes neuropsychiatriques ou troubles mentaux sont des causes réelles de souffrance et ont des répercussions sur l'ensemble des activités de la vie sociale. Un autre élément soulevé dans des publications en matière de santé mentale produites par l'OMS (2004) révèle que seulement 20 % des gens souffrant de problèmes de santé mentale sont traités adéquatement par des services respectueux de leurs valeurs et de leurs convictions.

Malgré les diverses politiques et plans d'action en matière de santé mentale, un problème persiste au sein des populations : celui de la discrimination et de la stigmatisation des personnes ayant un problème de santé mentale. L'OMS (2004) dans la publication du *Guide des politiques et des services de santé mentale : la situation de la santé mentale* fait de ses conséquences sociales, la discrimination et la stigmatisation associée aux troubles mentaux une priorité.

Indépendamment du niveau de revenu d'un pays, la stigmatisation la stigmatisation des personnes ayant des troubles mentaux a toujours existé. Elle se manifeste par les préjugés, les stéréotypes, la peur, l'embarras, la colère, le rejet ou l'évitement. Pour ceux qui en souffrent, les troubles mentaux s'accompagnent de violations de leurs libertés et de leurs droits humains fondamentaux, et du déni de leurs droits civils, politiques, économiques et sociaux aussi bien dans les institutions que la collectivité. » (OMS, 2004, p. 13)

De plus, l'OMS ajoute que la majorité de ces « abus » faits envers les personnes stigmatisées sont difficilement mesurables et aurait avantage à être l'objet de recherche. Cette mécanique sociale du discrédit par le stigma qui s'exprime par l'attribution d'un diagnostic en santé mentale est un problème important au plan social et influe sur la prise en charge politique et la promotion par nos institutions sociales de programme d'intervention en la matière (Dorvil, 2005 ; Doucet 2013 ; Parazelli, 2011). Ainsi, ce guide propose une forme de « prescription » visant l'organisation des services en matière de santé mentale à l'échelle mondiale s'appuyant sur un constat sans pour autant être en mesure d'en cerner la portée à l'échelle des activités singulières de la vie quotidienne. Conséquemment, comment le processus de stigmatisation au sein de l'histoire singulière des individus influence-t-elle à ce jour leur trajectoire de vie? Après les travaux de Goffman (1974) en la matière, qu'en est-il 50 ans plus tard?

Dans une certaine mesure, tant au niveau éthique, social qu'idéologique, la définition d'un problème de santé mentale et son identification effectuent nécessairement un clivage social, une division entre ceux en santé et ceux qui sont malades. Ainsi, être retranché des « normaux » par une pathologie mentale est associé à un sentiment honteux et invalidant au plan social. La folie aujourd'hui construite en une maladie mentale provoque une forme de brouillage identitaire et rend l'individu imputable de ses propres difficultés. Malgré de multiples campagnes de sensibilisation, les nouvelles approches thérapeutiques prônant le rétablissement des personnes, la réinsertion sociale ou la réadaptation, l'histoire singulière, le quotidien des personnes vivant avec un trouble de la santé mentale change peu. Ainsi, nous nous proposons d'entendre leurs histoires afin de contribuer à la construction de connaissances sur l'impact de la stigmatisation. Les usages que l'on fait des diagnostics en santé mentale ont des impacts identitaires si importants que nous croyons qu'il devient nécessaire de s'arrêter afin d'y réfléchir.

Nous œuvrons quotidiennement auprès des personnes ayant un problème de santé mentale. Précisément nous travaillons à la clinique ambulatoire au sein du programme des psychotiques en milieu hospitalier, et ce, depuis près de six ans. L'une des prémisses à ce projet de recherche est issue de notre pratique. Lors du premier entretien avec l'une des personnes à notre charge, ce dernier s'est introduit en disant : bonjour je m'appelle Roger Sansregret et je suis schizophrène. Étonnée et fascinée, nous nous sommes demandées comment une personne pouvait en venir à « être » un diagnostic; à s'identifier par sa pathologie. Comment, au moment d'entrer en relation avec nous, choisir de parler de soi de cette manière.

L'ensemble de ces questions, émergeant de cette expérience de pratique professionnelle, reflète l'une des préoccupations sous-jacentes à ce mémoire : au-delà des diagnostics et des catégorisations institutionnelles, qui sont ces personnes? Mais surtout, qui sont elles selon leur point de vue et leur expérience ? Ainsi, ce mémoire souhaite étudier et explorer les narratifs identitaires chez les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Il s'agit de faire une recherche dans un espace de parole et de fabrication de sens permettant une prise en compte de leur perspective et de leur histoire.

Dans le premier chapitre de ce mémoire et en guise de point de départ, nous avons reformulé ces questions évoquées ici en termes de problématique. D'une part, notre perception du « fou », d'une personne ayant un problème de santé mentale est nécessairement celle d'un psychiatisé. L'expression de la folie se voit incarnée dans un langage scientifique de type médical relativement univoque associant la folie à une maladie et faisant d'une personne aux prises avec des manifestations souffrantes et s'écartant de la norme sociale tolérée, l'objet d'un traitement. En somme, il existe une opération sociale qui transforme sa vie et son expérience en un récit objectivable, en un récit d'une pathologie. Donc, cette attribution devient le « stigma » assurant une

forme de « contention » symbolique de l'identité et cette dernière organise le déploiement de stratégie identitaire au sein de l'interaction sociale.

Le second chapitre le cadre théorique présente un éclairage théorique sur la notion d'identité à l'aide des concepts de narratif et de stigmat. Nous préférons l'usage du concept de narratif à celui de discours. Nous justifions notre choix par son association avec le langage thérapeutique de l'intervention en travail social. Nos préoccupations de recherche étant de plus petite portée et visant essentiellement à saisir l'expérience vécue des personnes, l'utilisation du terme narratif devient plus adéquate. Un narratif est, grossièrement, l'organisation du vécu en une histoire sensée au plan personnel. Il communique à la fois non uniquement une interprétation des faits dans le temps, mais, aussi, le contexte entourant ces derniers. Ainsi, le narratif devient une histoire racontée crédible et significative et c'est ce type de données que nous avons recueilli. En ce qui a trait au stigmat, nous le décrivons comme une catégorisation, qu'il soit de l'ordre du visible ou de l'invisible, discréditant la personne au plan social. Inspirés par la proposition de Goffman (1975) dans son ouvrage intitulé *Stigmat : les usages sociaux des handicaps*, nous considérons que l'éclairage donné par sa conception du stigmat devient une incontournable lecture afin de refléter les enjeux au sein de l'interaction sociale.

Nous poursuivons avec la présentation de la méthodologie que nous avons employée au cours de cette recherche. Notre mémoire a des assises méthodologiques issues des courants théoriques du constructionnisme social ainsi qu'une posture poststructuraliste évoquant une nécessaire pluralité des possibles en termes d'identité et des narratifs composants cette dernière. Notre cueillette de données s'est effectuée par des entretiens individuels auprès d'un échantillon de six personnes ayant une histoire psychiatrique. Aussi, nous discuterons sur les aspects éthiques ayant orienté notre échantillonnage, notre technique de recrutement ainsi que notre canevas d'entretien.

Le quatrième chapitre présente l'ensemble des données recueillies au cours des entrevues de manière thématique. Les récits des participants sont regroupés en trois périodes, l'époque qui a précédé l'attribution d'un diagnostic, la rencontre avec l'hôpital et les systèmes de soins et finalement, la vie quotidienne après cette rencontre. Le cinquième chapitre présente une analyse et une discussion de l'ensemble des données en faisant un retour au cadre théorique précédemment développé.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Nous suggérons que nous sommes prédisposés à percevoir les personnes souffrant de problèmes de santé mentale qu'à travers leur pathologie. Cette perspective dite constructionniste, s'inscrit dans une théorie explicative où ce narratif « médicalisant » nourrit le processus de stigmatisation d'une personne et influence les narratifs identitaires des personnes ayant un problème de santé mentale et donc, leur trajectoire citoyenne. Cet angle d'attaque du phénomène exposé soit l'objectivation de la souffrance psychique via la médicalisation est l'une des principales critiques adressées aux interventions institutionnelles dans nos sociétés occidentales depuis plus de cinquante ans. Ainsi, pour certains tenants de cette perspective critique de la psychiatrie, son truchement avec la médecine physique est boiteux. De plus, cette perspective soutient que la maladie mentale est à la fois un construit s'élaborant sur des conditions sociales d'existence dont les facteurs de contingences reliés aux contextes qui engendrent une régulation des comportements déviants ou socialement discutables par la majorité constituant la norme.

Nous tenons à nous distancier de cette posture radicale face à la psychiatrie. Nous souhaitons simplement actualiser par le biais d'une étude exploratoire le sens de l'expérience vécue par des personnes ayant traversé un parcours de soin psychiatrique, et ce dans une approche plus nuancée.

Ainsi, nous vous présenterons en trois temps le mécanisme conduisant à une forme de médicalisation voire même de psychiatrisation comme référent normatif principal face à la folie/problème de santé mentale. D'abord, nous effectuerons un survol historique de la construction normative de ce qu'est la maladie mentale au sein de nos collectivités ce que nous déterminons comme l'ordre social des représentations de la

folie devenant une maladie mentale. Comment définissons-nous une personne ayant un problème de santé mentale au plan social ? Comment cette définition constitue-t-elle un système de repérage qui influencera l'éventuelle interaction sociale ? Ensuite, nous poursuivrons en présentant un relevé sociohistorique de la transformation de la folie en une maladie. Comment l'institution de la connaissance médicale a-t-elle contribué à objectiver la folie en une maladie ? Finalement, nous discuterons de l'influence de cette « pathologisation » sur l'ordre de l'interaction. Nous démontrerons comment l'identification de la pathologie peut modifier les stratégies d'adaptation au plan identitaire ayant cours lors d'interaction sociale.

1.1 L'ordre du social : histoire et narratifs sociaux de la folie

La folie (ou les troubles de la santé mentale) a toujours été présente dans nos sociétés. Toutefois, au fil du temps, elle a été comprise et perçue de plusieurs manières par les membres d'une même communauté. Les narratifs, les histoires qui, à toutes les époques, expliquent et décrivent la folie, les récits qui parlent de la vie du fou ou des personnes ayant un trouble mental ont toujours exprimé dans une certaine mesure l'idée que ceux-ci sont hors du commun, qu'ils sont anormaux.

Foucault, dans son ouvrage *Histoire de la folie à l'âge classique*, pose que le fou, qu'une personne ayant un trouble de la santé mentale, n'est reconnue que par opposition à l'homme raisonnable et sensé. «...il n'y a de perception de la folie que par référence à l'ordre de la raison. » (Foucault, 1972, p.234). En ce sens, un fou, une personne ayant un problème de santé mentale, représente une incarnation de l'altérité, une démonstration de la rupture avec l'ordre du raisonnable qualifiant la normalité. Cette normalité, comme l'explique Otero, devient une référence, un point de repère pour le jeu de l'interaction.

Les phénomènes qui « posent problème », et partant, les individus et les groupes qui les incarnent, sont empiriquement distribués autour de la normativité sociale qui a cours, c'est-à-dire ce qui est préférable, admissible, supportable, etc., à partir de l'établissement de seuil de tolérance (degrés, gradations, distances) envers certaines situations, pratiques, comportements, attitudes ou de discontinuités (natures différentes, ruptures psychologiques séparant radicalement certains groupes ou personnes (fous, toxicomanes, criminels, itinérants prostitués, etc.) de l'univers anthropologique de la vie sociale ordinaire. (Otero, 2013, p. 351)

Ainsi, le référent normatif traduit ce qui est dans l'ordre du raisonnable et de l'acceptable proposant une assise à l'interaction sociale et aux échanges en société. Par conséquent, une forme de discrimination sociale s'opère. Ce qui est semblable à la majorité devient la normalité et ce qui en diffère évoque l'anormalité.

Toutefois, cette différenciation n'était pas nécessairement synonyme d'exclusion. L'un des narratifs existants sur la folie, sur la maladie mentale est celui du fou du village, connu et reconnu par ses concitoyens, qui participait à la vie de la communauté et bénéficiait d'une certaine acceptation. Cette acceptation évoque justement cette idée de degré de tolérance dont Otero fait état dans la précédente citation. Un fou pouvait être lent, particulier ou dérangé, mais ne devenait pas systématiquement une personne dangereuse devant être enfermée ou soignée. Un des référents culturels connus qui a marqué le médium télévisuel québécois reflétant ce discours sur la folie associée à un degré de tolérance est représenté par le personnage de « Ti-Coune » dans l'émission *Le temps d'une paix*.¹ Chacun des personnages de cette histoire côtoyait ce fou au langage marqué d'onomatopées et le considérait comme un égal au plan relationnel. Rose-Anna, sa protectrice et mère adoptive, lui confiait une tâche sur la terre familiale correspondant à ses capacités. Ainsi, ce référent fictif québécois constitue l'un des narratifs sur la folie à une époque donnée.

¹ Feuilleton relatant le quotidien de la vie rurale de quatre familles entre la Première Guerre mondiale et la Seconde mondiale au Québec. Actuellement en rediffusion sur le réseau Art Tv. <http://ici.artv.ca/emissions/temps-dune-paix-le>

Ce narratif sur la folie qui circulait à cette époque révélait une représentation sociale de cette dernière. Dans ce contexte historique, la norme sociale rattachait le fou à l'innocence. Or, cet individu présentait une tare dont il ne pouvait être tenu responsable et donc une forme de tolérance face à ce dernier devenait possible. Il était considéré par sa communauté, son entourage et cette « condition particulière » était à la limite inexplicable ou lié à une décision ou une intervention divine. De plus, le contexte culturel religieux de l'époque encourageait une prise en charge communautaire lançant le message que ce membre de la communauté restait l'enfant de Dieu, un innocent dont elle a le devoir de protéger et de le secourir.

Cette illustration historique télévisuelle ne représentait qu'un des points de vue sur la folie au Québec et appuyait une prescription sociale de tolérance face aux personnes souffrant de maladie mentale. Toutefois, à l'aube de la période de l'enfermement, certaines personnes souffrant de maladie mentale étaient aussi cachées dans le grenier afin d'être isolées du regard des autres puisqu'ils devenaient, dans le contexte culturel de cette époque, une preuve de la damnation divine, ou d'une malédiction qui s'abattait sur l'ensemble de la famille. (Dorvil, 2006, p. 35-36) Ainsi, la religion et ses systèmes symboliques d'interprétation ont contribué à cette construction sociale de la folie tant dans une optique de tolérance que dans une « maladie mentale » synonyme de la colère de Dieu, d'un châtement pour un pécheur. Boudreau exprime bien cette emprise de l'Église au Québec lors de la période pré-asilaire :

Lorsque la réclusion domestique et la tolérance ne sont pas possibles, l'hôpital général et la prison commune sont alors les lieux privilégiés pour se débarrasser de toute la gamme des indésirables qui transgressent les frontières de la décence et des bonnes mœurs, ou enfreignent trop scandaleusement les directives de l'Église. Malades, infirmes et invalides, vieillard, orphelins, criminels, idiots et insensés – tous ces miséreux qui dérangent un peu trop la sérénité des bonnes gens – se retrouvent entassés pêle-mêle. (Boudreau, 1984, p.22)

Identifié ainsi par l'Église comme habité par les feux de l'enfer, le fou, cet individu qui présentait des troubles mentaux, était compris comme étant possédé du démon et devait être enfermé afin de préserver les esprits sains autour de lui. Dans une perspective historique, l'Église au Québec a contribué à la production d'un narratif sur la folie qui tente d'en expliquer la cause et permet l'apparition de jugements sociaux importants complétant ainsi les narratifs expliquant la folie, la maladie mentale.

En somme, plusieurs narratifs indicateurs de ces représentations sociales ont circulé au sein de divers véhicules institutionnels : la religion, l'école, et ainsi de suite. Aussi, nous suggérons qu'il y a nécessairement des reliquats de ses représentations qui subsistent toujours dans nos collectivités. Le Conseil Médical du Québec, dans l'un de ses avis, relate une étude commandée par des psychiatres en Angleterre sur la perception populaire des troubles mentaux. Cette étude datant de 1997 affirmait, que « ... les personnes aux prises avec une maladie mentale étaient perçues dangereuses et imprévisibles, de contact difficile, responsables de leurs problèmes, ayant peu de chance de s'en sortir et répondant pauvrement au traitement. » (Conseil médical du Québec, 1997, p. 31) Ce que cette étude suggère, c'est que le bricolage moderne de ce qu'est la folie, les troubles de la santé mentale dans l'imaginaire collectif s'est complexifié. D'une part, ce que l'on déterminait comme de la folie au plan social s'est métamorphosé en maladie mentale dans les usages et s'établit par la notion d'anormalité. Nous avons recherché une enquête statistique québécoise pouvant corroborer notre propos sans succès. Toutefois, une étude française dont les résultats ont été publiés en 2001 faisant état de la perception sociale que la population française a des personnes souffrant de maladie mentale propose une distinction intéressante en ce qui a trait à la représentation sociale de la folie versus de la maladie mentale. La direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques proposent qu'il y ait une certaine forme de superposition entre les deux qualificatifs : « Pour les personnes interrogées, le mot « fou » se réfère à une violence qui peut

aller, dans certain cas, jusqu'au meurtre, alors que la « maladie mentale » est associé à un problème de nature médical, avec des transgressions qui s'exercent plutôt dans les sphères intimes ou familiales (agressivité, violence envers les proches, viol). » (DREES, mai 2001, p.4) Conséquemment, un fou ou une personne souffrant de maladie mentale se trouve qualifié d' « anormal » de par sa grande différence dans sa conception de lui-même et dans sa manière d'agir socialement qui le situe hors de la norme respectée par une majorité d'individus.

Nous concluons le survol historique des narratifs ayant cours dans le social concernant la folie ou la maladie mentale en réitérant que ceux-ci se rattachent nécessairement au système normatif régissant le vivre ensemble. L'histoire explicative de ce qu'est une personne ayant un problème de santé mentale fait nécessairement référence à une norme sociale séparant l'intolérable de l'acceptable, le normal de l'anormal. Par conséquent, cet individu qualifié de la sorte ne fonctionne pas comme les autres dans l'arène du social. Outre le déterminant d'anormal, cette personne souffrant de maladie mentale est aussi perçue comme un « incapable » qui échoue dans l'exercice de ses rôles sociaux. Nous déduisons des enquêtes évoquées cette représentation sociale du malade mental devenant un « incapable ». Elle sous-tend qu'un tel individu ne peut travailler, étudier, se divertir, payer des taxes et des impôts, voire même socialiser. Dans une certaine mesure, une personne souffrant de maladie mentale devient un être en marge de notre projet de société et représente l'échec des processus normatifs s'assurant du bon fonctionnement social.

1.2 L'ordre de l'institution : les narratifs médicaux et psychiatriques

Les rôles sociaux assumés par la majorité des individus sont rattachés à un projet de société. Actuellement, notre projet social semble fortement influencé par le néolibéralisme. Dans ce système d'idées néolibérales, l'accomplissement de soi est au centre des préoccupations. S'accomplir par soi-même pour soi-même résume

l'idée centralisatrice de ce projet de société. Comme le souligne Ehrenberg qui établit un lien entre le concept d'autonomie et notre conception de la « santé mentale » et de la souffrance psychique,

La forme qu'a prise aujourd'hui l'idéal d'autonomie accentue alors la contradiction propre à la société démocratique entre la croyance que l'on trouve en soi la source de toutes nos actions, comme si la société était ajoutée à l'individu, et le fait que l'individu est un être social, qui vit dans un système d'interdépendances, d'obligations, de dettes et de créances, qui agit et pense dans un contexte normatif. (Ehrenberg, 2005, p. 38)

Dans un tel contexte normatif issu du projet sociétal, un « vrai » citoyen est celui qui s'accomplit pleinement et de manière autonome dans l'exercice de ses rôles sociaux. La qualité de cette performance à exercer ses rôles sociaux devient la preuve, l'indicateur de son accomplissement personnel. Dans une certaine mesure, s'il y a une contre performance; l'individu risque de devenir l'unique fautif et l'explication de ses difficultés est la plupart du temps exprimée comme une lacune au plan personnel. Par conséquent, nous avançons qu'une personne ayant un problème de santé mentale devient le révélateur de l'échec de l'ensemble normatif induisant à la performance sociale. Afin de normaliser une personne ayant un problème de santé mentale, il y a création d'un ensemble de mécanismes de contrôle cherchant à l'insérer, à l'adapter à cet idéal collectif d'individualité et d'autonomie. Ainsi...

...le fou à enfermer n'est plus qu'un élément dans son ensemble plus vaste qu'il a englobé, celui d'un citoyen en difficulté qui souffre et qu'il faut soutenir, mais aussi réprimer, contenir autrement qu'on ne le faisait avec le fou. On attend de ce citoyen qu'il soit « l'acteur de sa maladie ». (Ehrenberg, 2005, p. 20)

Ce projet de société sous cette vision néolibérale est soutenu par l'ensemble des politiques actuelles et donc véhiculé au sein de nos institutions sociales. Celles-ci ont pour mandat de transmettre les règles et normes traduisant ce projet de société au sein des rôles sociaux. Michel Parazelli établit bien l'influence de ce projet de société

néolibéral et la notion de médicalisation qu'il sous-tend.

... c'est la vision du monde social guidant cette réforme : il s'agit d'une trame d'un projet de société dont les conséquences sur les conditions sociales d'existence tendent à produire le contraire de la solidarité sociale et de la prise en compte des situations d'autrui. Cette vision renforcerait une conception médicale d'un certain type d'individu ciblé à risque, et forcé d'adhérer à une forme d'autonomie néolibérale de l'entreprise du soi, à travers l'acquisition de compétences et d'habiletés permettant l'intégration de comportements « sains ». (Parazelli, 2010, p. 4)

Donc, ce projet de société à saveur néolibérale engendre des pratiques et interventions par nos institutions sociales effectuant la promotion d'un soi à la limite autosuffisant favorisant la responsabilisation de l'individu lorsqu'il échoue dans l'actualisation de ses rôles sociaux. Point vu partagé par Otero lorsqu'il décrit cette relation entre la normativité sociale, le contrat de performance s'y rattachant et cette individualisation des problèmes vécus négligeant ainsi les facteurs de contingences émergeant du contexte social.

L'individu contemporain est amené à se concevoir de plus en plus comme un être responsable et d'initiative dont le sort social dépend essentiellement de sa capacité individuelle d'adaptation aux « environnements sociaux » où il évolue (famille, école, travail, etc.) Toutefois, l'exigence d'adaptation s'avère une tâche d'autant plus éprouvante que les « modes d'emploi » sociaux (comment s'y prendre pour s'adapter aux exigences sociales changeantes) sont aussi davantage « à la charge des individus. (Otero, 2005, p.83)

Or, les personnes ayant un problème de santé mentale éprouvent des difficultés d'adaptation à ce contrat social induit par le projet de société néolibéral changeant et l'institution sociale de la santé par ses modalités d'intervention régulant les conduites en une pathologie favorise l'individualisation, la responsabilisation de l'individu souffrant.

La principale institution sociale assumant la régulation sociale en matière de santé mentale est celle de la santé. Chargé de l'exécution de la loi de la santé et des services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les instances lui étant reliées : hôpitaux, CLSC, cliniques médicales, CHSLD, etc. sont les filiales institutionnelles désignées par la loi pour assurer cette régulation de la santé et par ricochet des problèmes de santé mentale. Les interventions institutionnelles sont principalement médicales en matière de gestion des problèmes de santé mentale et cette gestion, cette régulation des « malades », s'effectue via le dispositif médical qu'est l'hôpital. Au plan historique, la séparation des malades des autres catégories de personnes enfermées a favorisé l'émergence d'un narratif décrivant la folie comme une maladie mentale. Cette évolution conceptuelle a entraîné une « spécialisation » de la médecine en psychiatrie. (Lieberman, 1988, p.28) Cette pratique à base scientifique qu'est la psychiatrie vise en conséquence à expliquer et traiter les défaillances, déficiences et dysfonctionnement psychiques se reflétant dans des comportements, attitudes se situant hors de la norme chez un individu. La psychiatrie devient alors le lieu d'existence d'un langage scientifique proposant un narratif au sujet des troubles mentaux et dont l'objet principal demeure la régulation des maladies, une forme de contrôle social. Henri Dorvil résume bien cette idée de contrôle social par la psychiatrie.

Le psychiatre n'est pas un médecin comme les autres : il peut décider de faire enfermer quelqu'un, les pouvoirs publics l'utilisent comme gardien de la cité, comme un agent de contrôle des « têtes qui dépassent la norme », comme policier de l'âme qui donne des réponses individualisées à des questions sociales. (Dorvil, 2005, p. 221)

Les membres du corps médical sont, compris sous cet angle, comme des agents de contrôle dévoués à la normalisation des personnes ayant un trouble de la santé mentale. À travers l'action des professionnels de la santé que sont les psychiatres, par l'usage des narratifs fournissant une explication scientifique de l'anormalité, cette dernière est progressivement transformée en une pathologie. Ainsi, on ne peut user du

terme « pathologie » sans faire référence à une norme et à « l'anormalité ». Durand et Barlow proposent une définition intéressante sur le comportement dit « anormal » tout en émettant quelques réserves.

En conclusion, bien qu'il soit difficile de distinguer le « normal » de « l'anormal » - et le débat n'est pas près de s'achever (Lilienfeld et Marino 1995; Folette et Houts, 1996) – nous pouvons affirmer que les dysfonctionnements comportementaux, émotionnels ou cognitifs inhabituels dans leur contexte culturel, associé à la détresse personnelle ou à l'altération considérable du fonctionnement, sont anormaux. (Durand et Barlow, 2002, p.5)

La représentation principale de la folie se trouve transformée en une maladie. Dans une certaine mesure, cette métamorphose est cautionnée par une construction scientifique articulant le discours circulant dans nos institutions de santé de notre société. Le fou devient un malade mental dont le fonctionnement doit être rétabli afin qu'il puisse s'insérer dans un ensemble social donné. Cet ensemble social, comme nous le mentionnions plus haut, s'appuie sur un néolibéralisme faisant la promotion de l'accomplissement de soi par soi. Les échecs dans cette réalisation de soi seront expliqués par des récits qui trouvent leur source dans la pratique médicale et la science. La maladie mentale devient une autre explication, un autre narratif en importance à une époque où la rationalité scientifique domine les interprétations possibles de la souffrance vécue. Ce discours sur la maladie mentale, étayé par son langage spécifique, propose un jugement et une interprétation propre de ce qu'est la folie : elle est une maladie. Zarifian nous rappelle que ce jugement nécessite une référence à l'autre.

La comparaison du sujet à lui-même nécessite toujours l'intervention de l'autre. C'est encore plus évident lorsque la normalité s'évalue en référence au consensus du groupe socioculturel auquel le sujet appartient. L'apprentissage, le conditionnement, la conformité aux habitudes définissent la norme et soulignent le poids du milieu. (Zarifian, 2000, p.51)

Ainsi, le psychiatre, par la performance d'un jugement clinique, permet d'effectuer

cette comparaison à l'autre en utilisant les narratifs décrivant le comportement hors norme comme une pathologie qui, pour assurer le retour à la normalité de la personne, devra être traitée.

Cet acte diagnostique en santé mentale reste donc un jugement subjectif mais qui fait référence à des récits qui établissent une objectivité en ayant recours à la science. Le langage médical actuel de la psychiatrie est orienté par des données objectives issues de la science médicale. Comme le souligne Katschnig dans son texte cette objectivité reste discutable, et ce au sein même de la discipline médicale :

Ce parallélisme est possible à cause de la nature même des définitions de la plupart des diagnostics psychiatriques : ces diagnostics sont composés d'association de critères phénoménologiques, tels que les signes et les symptômes et leur évolution à travers le temps, élaborés de manière variable par des comités d'experts, en catégories de troubles mentaux lesquels furent définis et redéfinis sans cesse durant la première moitié du siècle dernier. La majorité de ses catégories diagnostiques n'est pas validée par des critères biologiques, comme le sont la plupart des maladies physiques ; or bien qu'appelés « troubles », ils ont l'apparence de diagnostics médicaux et prétendent représenter des maladies physiques ou médicales. En réalité, ils sont enracinés dans des classifications hiérarchisées, comparables aux classifications anciennes des plantes botaniques du 17^e et 18^e siècle quand les experts décidaient a priori quel critère de classification utilisée, par exemple, si les organismes en floraison ou le dessin des feuilles étaient le critère primaire pour classer les plantes. (Katschnig, 2010, p. 15)

À l'aide de multiples études à caractère expérimental ou statistique, le discours psychiatrique s'est constitué, et ce, en s'inspirant des paramètres de la médecine physique. (Foucault, 1954, p. 7) L'acte médical de poser un diagnostic, évaluant l'état de santé, consiste à rassembler les symptômes évoqués par le malade afin de cerner et d'identifier une maladie. En santé physique, des tests objectivés par des examens des fluides corporels, des radiographies, des scanners, etc., sont utilisés pour confirmer le diagnostic. Ainsi, la mesure objective devient la preuve irréfutable de la présence d'une pathologie donnée. Cette catégorisation par mesure objective,

concrète est centrale en médecine physique. Pedinielli et Gimenez ajoutent à ce caractère objectif des phénomènes organiques observables de la maladie physique la notion d'indépendance : « La médecine s'intéresse à des maladies conçues comme des phénomènes autonomes se déroulant hors de la subjectivité de l'individu atteint : la grippe est une maladie virale qui ne dépend ni de l'histoire de l'individu ni de son organisation psychique et son cours est le produit de la rencontre entre le virus et l'organisme du malade. » (Pedinielli et Gimenez, 2002, p. 10-11) Ainsi, une pathologie mentale est tributaire du vécu de la personne souffrante tandis qu'une pathologie physiologique est indépendante de ce dernier.

De plus, en psychiatrie, l'objectivation des symptômes est basée essentiellement sur les éléments des perceptions rapportées par la personne qui consulte. En somme, lors d'un entretien, la personne raconte sa détresse qui s'associe souvent à des composantes de la vie de tous les jours : la qualité du sommeil, son appétit, son vécu relationnel, la composition de ses pensées. L'examen mental est la modalité principale par laquelle le psychiatre détermine le diagnostic. Lors de cette évaluation, le psychiatre cherche à identifier des symptômes, leur fréquence, leur intensité afin de déterminer le diagnostic.² Ainsi, il retrace « l'histoire singulière » de la personne souffrante. (Gonon, 2011) D'une part, le diagnostic représente une photo d'un état « X » qui s'exprime dans un contexte « Y » caractérisant la source potentielle de la souffrance décrite. Cette souffrance non organique et psychique que l'on ne peut voir ou examiner concrètement relève de la subjectivité de l'individu. Cette subjectivité se compose d'interprétation des faits, de la réalité et des émotions lui étant associées. Ainsi poser un diagnostic en psychiatrie s'effectue à partir d'une interprétation donnée à une autre interprétation décrite : une interprétation d'une interprétation. Ainsi, malgré son souci d'objectiver, de se coller à la « démarche médicale », poser

² L'annexe 1 présente les éléments devant être explorés lors d'un examen mental psychiatrique. Ce document est extrait d'un PDF mis en ligne par l'Institut Douglas énumérant l'ensemble des indicateurs devant être appréciés par le psychiatre conduisant l'examen mental

un diagnostic en santé mentale repose sur des interprétations du vécu des personnes souffrantes.

La grande différence entre l'organique et le fonctionnel, c'est d'abord qu'en psychiatrie il n'existe aucun symptôme objectif... c'est donc sur la base d'identification de symptôme subjectif (l'humeur, la clarté de la pensée, l'anxiété, les idées délirantes...) et sur eux seuls qu'un diagnostic est établi en clinique. On ne prend pas en compte dans les critères diagnostiques généralement utilisés ni la vie psychique du sujet (c'est-à-dire tous les aspects psycho dynamiques : fantasme, symboles, expression de l'inconscient... ni les facteurs d'environnement, c'est-à-dire les interactions avec le milieu. (Zarifian, 2000, p.56)

Cette volonté d'objectivation est aussi perceptible par le principal dispositif proposant une classification des diagnostics en santé mentale. En psychiatrie, l'outil répertoriant l'ensemble des maladies mentales le plus utilisé est le DSM (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders). Ce dernier s'est construit afin d'établir un portrait clinique et statistique de la présence de troubles mentaux dans la société américaine. (DMS-IV- TR, 1997, p.28) Cette logique épidémiologique sur laquelle ce répertoire médical de la santé mentale s'est construit traduit un souci de la mesure objective. Globalement, le DSM a construit les catégories diagnostiques en relevant la fréquence d'une manifestation « X » présentée par un nombre « Y » d'individus dans une population donnée par enquête statistique. Ensuite, la revue des diverses études statistiques combinées à des études de cas par des comités d'experts a permis d'identifier et de regrouper des manifestations (symptômes) en des troubles psychiatriques.³

³ Dans la présentation du répertoire qu'est le DMS, une section présente l'historique de sa constitution et des différentes modalités scientifiques ayant été déployées afin de s'assurer de sa fiabilité et de sa validité : formation de comités d'experts par troubles psychiatriques, méthodologie utilisée afin de recueillir les données, revue de littérature tant statistique que qualitative, révision des examens mentaux ayant conduit à la détermination des pathologies, révision des études effectuées sur chacun des troubles répertoriés. Ainsi, il devient un outil favorisant l'emploi d'un langage commun décrivant pathologies psychiatriques et guidant le jugement clinique des chercheurs, médecins ou divers professionnels de la santé appelés à l'utiliser. Une vulgarisation du DSM est présentée par Marc Simon Drouin dans le chapitre III de

En plus de cette analyse statistique afin de déterminer les indicateurs des différents troubles de la santé mentale, une autre mesure est aussi déployée afin d'assurer une certaine objectivité ; la prévalence statistique, (DSM-IV-TR, 1997) Celle-ci affirme la probabilité de cette pathologie dans une population donnée. Une autre illustration de cette recherche d'objectivité. Enfin, cette spécialité de la médecine propose aussi une nosographie de ses troubles dans la génétique et la neuroanatomie confirmant cette recherche d'explication « objectivable ». Pourtant, diagnostiquer en santé mentale reste un jugement s'appuyant sur une description relevant de la subjectivité des personnes. Zarifian le réitère dans *Les jardiniers de la folie*.

En dépit de la rationalisation extrême utilisée pour définir les maladies mentales, en dépit de l'utilisation pseudo scientifique des ordinateurs, il n'existe aucun consensus et par voie de conséquence aucune reconnaissance universelle et indiscutable des entités répertoriées dans les manuels de psychiatrie. La raison est simple : on se situe en permanence dans le registre du subjectif. (Zarifian, 2000, p.47)

1.3 L'ordre de l'interaction : le choc des narratifs sociaux, institutionnels et les stratégies identitaires

Comment cette détermination entretenue par le langage médical devient-elle un savoir « expert » se répercutant dans l'interaction? Les narratifs, les histoires explicatives reliées aux les troubles mentaux et que nous avons proposées font partie du tissu social, intégrées à la vie quotidienne et nourrissent la stigmatisation des personnes déviantes. Ce qui pose problème d'une part est la hiérarchisation des narratifs possibles en ce qui concerne la maladie mentale. Nous proposons alors que cette hiérarchisation des assises du savoir en circulation dans l'ensemble de nos institutions de la santé instaure un rapport de force : le narratif produit par l'instance médicale tend à « écraser » le narratif expérientiel provenant d'une personne

présentant un problème de santé mentale.

Lourdes Rodriguez, dans son récent ouvrage proposant de repenser la qualité des services en matière de santé mentale, pose comme constat la place centrale qu'occupe l'hospitalisation dans l'offre de service en la matière, mais aussi de la « prégnance » qu'elle détient dans les représentations sociale en ce qui concerne la prise en charge institutionnelle de la maladie mentale.

L'hôpital ou l'institution psychiatrique, selon le cas, continue d'occuper une place centrale dans l'imaginaire, la symbolique, mais aussi dans la vie réelle de la population et des personnes ayant divers troubles de la santé mentale. On pourrait même affirmer que cette référence centrale fonctionne à la manière d'un archétype qui continue de structurer la pensée, les perceptions et les comportements de la société québécoise, plus particulièrement des « patients », de leur famille, et de leurs proches, des intervenants, des administrateurs et des élus. (Rodriguez et al. 2006, p. 79)

Donc, cette expérience décrite ci-haut comme « médicalisant » le vécu rapporté, la souffrance vécue marque les narratifs des individus. De plus, l'appareil médical adopte une posture particulière face aux manifestations décrites par un patient. Son rôle n'est-il pas de déterminer la bonne maladie afin d'y associer le bon traitement ? Dans une certaine mesure, l'objectif est bien de soigner ce malade, ce fou afin qu'il puisse se réaliser comme les autres. L'ensemble des soins et particulièrement ceux offerts par le milieu hospitalier dédiés aux malades mentaux est orienté par cette action de déterminer la pathologie. Axe central, elle produit un discours qui étiquette la personne souffrante et écrase la subjectivité de cette même personne, celle d'un sujet. Ce dernier se voit contraint par le diagnostic donné de s'y reconnaître. Sa trajectoire de vie, son expérience, sont réinterprétées selon des balises médicales écrasantes dont la force provient du nombre de personnes mandatées à utiliser cette catégorisation et conséquemment, il y a hégémonie du discours médical sur celui issu du patient. Il y a domination d'une interprétation sur une autre.

Dans le procédé de rationalisation médicale de la souffrance vécue par une personne, le narratif produit par le corps médical opère une forme de « contention symbolique ». L'explication produite devient le réel, le cadre auquel la personne doit se référer afin d'améliorer son sort. En quelque sorte, l'attribut diagnostiqué, la maladie, doit articuler l'ensemble des représentations qu'une personne se fait d'elle-même et des représentations qu'il croit qu'autrui se fait d'elle. Denis April, personne souffrant de maladie mentale relève cet aspect dans l'avant-propos de son récit en proposant une explication au peu de personnes ayant un trouble neuropsychiatrique qui ose ce raconter : « Il s'agit de la peur, la peur de se confronter à son propre désordre ou à l'étiquette de malade mental que l'on colle à la tête ou au nom d'une personne pour la catégoriser dans un groupe social à la réputation inquiétante. Le recours à ce genre d'étiquette procède du besoin que l'on a de situer les autres par rapport à soi. » (April, 2011, p.12-13) Ce que cet extrait vulgarise est justement l'influence qu'à l'étiquette de « malade mentale » sur le jeu de l'interaction. D'une part l'identification de la maladie par l'institution devient un « mal » nécessaire afin d'offrir des services traitant cette affection « médicale » et d'autre part, cette désignation d'attribut en une pathologie influencera nécessairement la sphère identitaire de l'individu et ses interactions sociales.

Dans un autre ordre d'idée, en assignant une pathologie, on restreint l'univers des possibles pour une personne. Les perspectives d'avenir deviennent limitées. Par exemple, un schizophrène ne peut se projeter dans une carrière d'avocat ou d'astronaute; il ne peut que travailler à l'entretien ménager ou à titre de journalier dans une entreprise. Bref, les perspectives de carrières et d'emplois sont orientées par le pronostic lié à la maladie. Comme le relève Corbière et Durand (2011) :

La non-participation au marché du travail a des répercussions sur la santé de la personne, surtout si cette personne dernière présente un trouble mental. Parmi les retombés, on note par exemple de l'isolement social, la perte de l'identité socioprofessionnelle et d'une structure spatio-temporelle, la perte

d'un pouvoir de consommation et d'actualisation de soi, l'exacerbation des symptômes cliniques et la pauvreté. (Corbière et Durand, 2011, p. 2)

Conséquemment le discours sur la maladie mentale et les conséquences qu'il engendre tel que la stigmatisation sociale démontre, une fois de plus, son emprise sur le sujet. Un « je » qui se voit contraint de fonctionner en considérant constamment la pathologie qui établit son règne dans l'ensemble des processus de socialisation, d'insertion dans la communauté et des choix de vie qu'il se doit de faire.

Ce que nous soulevons est que l'hégémonie du narratif médical déployant sa force au sein de la structure de soins et intervenant dans l'action de chacun des corps professionnels mandatés provoque l'ensevelissement (ou morcellement) du sujet sous la pathologie. Malgré les multiples volontés politiques, programme effectuant la promotion de nouveaux concepts de réadaptation sociale et actuellement le rétablissement. Ses nouveaux narratifs voulant mettre l'emphasis sur une approche holistique de l'individu et non uniquement le couple pathologie\traitement (Rodriguez et al. 2006 ; Parazelli 2011 ; Corin et Poiriel 2011 ; Collin 2006) ; il n'en reste pas moins que l'identification à une « difficulté », la reconnaissance de cette dernière par l'individu souffrant est une conséquence inévitable. Sous le poids d'un tel système d'idées au plan médical, nous croyons tout de même à la capacité d'un sujet, souffrant d'une maladie mentale, de fabriquer du sens autrement que par la maladie. Nous postulons que l'essence d'un individu persiste sous ces résidus d'interventions institutionnelles. L'idée est d'explorer comment il peut y arriver. Quels sont les résidus de l'identité qui sont intacts? Quelles sont les parcelles du soi préservées de cette contamination par l'étiquette de la maladie mentale?

En ce sens, cette recherche vise à explorer l'existence de cette fabrication de sens et sa composition et, par ricochet, conduire à de nouvelles pistes d'interventions favorisant l'émergence du sujet. Une avenue pour libérer la personne dite malade de

folie de cette contention symbolique qui l'assujettit à sa pathologie. Créer une brèche, semer le doute dans ce qui est présenté comme un absolu : la maladie!

Enfin, le rôle du travail social en milieu institutionnel n'est pas uniquement de supporter le mécanisme de contrôle et d'en faire la promotion. Il est aussi un agent de changement, ce grain de sable dans l'engrenage créateur d'un nouvel espace de sens. La perspective d'agent contrôle en travail social circonscrit l'action dans la reproduction du connu et offre peu de perspectives face au devenir des personnes ayant un problème de santé mentale. Cette exploration de ce qui fait sens pour la personne, cette « décentration » du couple pathologie et traitement dans l'interface de l'intervention auprès de cette personne est justement une perspective pertinente et enrichissante pour le travail social en milieu institutionnel. C'est une occasion de se démarquer de la masse des intervenants et de développer une interaction enrichissante avec les individus aux prises avec des problèmes de santé mentale.

1.4 Les objectifs de la recherche

Notre objectif de recherche est d'explorer les narratifs identitaires des personnes souffrant de maladie mentale. Nous supposons que l'attribution d'une pathologie mentale provoque la domination du narratif médical sur celui de la personne souffrant de la pathologie, subjuguant ainsi les narratifs identitaires de la personne au discours médical. En quelque sorte, cette emprise affecte la manière dont une personne parle d'elle-même. Conséquemment, celles-ci déploieront des stratégies identitaires multiples afin de négocier les activités de la vie quotidienne, les interactions sociales. Aussi, ces stratégies identitaires sont des indicateurs du processus d'identification à la pathologie, mais aussi des résidus identitaires qui seront « épargnés » de cette emprise. Enfin, ce que nous cherchons actualiser est qui sont-ils selon eux ? Comment parviennent-ils à faire sens de leur vécu par delà le déterminant médical qu'est le diagnostic ?

CHAPITRE II

LE CADRE THÉORIQUE

Dans ce chapitre, nous exposerons les concepts théoriques, les histoires explicatives, que nous avons sélectionnés afin de proposer une compréhension, un éclairage possible du phénomène social soumis à l'étude : la prédominance de l'interprétation médicale sur celle provenant de l'expérience vécue du sujet ayant un problème de santé mentale. Par la suite, les notions de narratifs et de stigmat serviront les besoins de l'analyse des données recueillies auprès des participants.

D'abord, nous présentons le concept de narratif en retraçant ses assises épistémologiques au sein des pratiques cliniques de thérapie familiales. Par la suite, nous poursuivons avec la notion de stigmat en exposant ses implications dans l'interaction sociale et son réseau d'influence au sein même des narratifs. Enfin, nous évoquerons la relation entre les narratifs, le stigma et l'identité du sujet. Ainsi, l'identité est nécessairement modulée par les aléas de l'expérience humaine. Cette expérience se trouve organisée en des narratifs, des histoires explicatives révélant des dimensions du soi traduisant dans une certaine mesure le processus de stigmatisation, un processus d'auto identification au stigma.

2.1 Les narratifs

L'une des théories émergeant de la problématique présentée au premier chapitre puise ses assises dans un paradigme constructionniste. Épistémologiquement parlant, nous pourrions dire que la réalité est un construit puisqu'elle s'élabore au fil de nos actions sociales (Berger et Lucknman, 1986). Plus spécifiquement, cette lunette théorique étudie ce qui guide nos actions dans la vie quotidienne. Or, la réalité n'est plus un fait prédéterminé par une loi naturelle, elle est ancrée dans un contexte symbolique. Cette

réalité est le produit des interactions constituant notre subjectivité. Nous ne pouvons que percevoir et interpréter ce que nous vivons dans un contexte rempli de contingences et de contraintes. Comme la réalité est une construction perpétuelle, changeante et dynamique, le constructionnisme s'apparente alors à une sociologie compréhensive qui examine transactions et échanges de la vie quotidienne.

Les notions de narrativité et de narratif (récits, histoires) proposent un éclairage important de ces questions. D'une part, ils s'inscrivent dans un schème de type actanciel au sens de Berthelot.

La vie sociale nous confronte constamment à de telles situations dont le sens est construit partiellement par nous, et/ou nos actions se définissent par l'anticipation et l'interprétation de ce que font ou pensent ceux qui sont en face de nous. » (Berthelot, 1990, p. 79)

D'autre part, les narratifs sont aussi des construits se constituant au fil des transactions sociales; tel le narratif de la maladie, de la santé ou de la maladie mentale. Ainsi, la notion de narratif, dont nous cherchons à explorer et décrire les impacts potentiels au niveau identitaire, représente une des constructions possibles constituant et reflétant la réalité sociale. De plus, les narratifs sont des moyens pour l'individu de fabriquer du sens. Brièvement, l'approche narrative (A.N.) affirme que toute explication théorique est en soi un narratif, une construction sociale proposant une interprétation possible d'une histoire vécue, d'une expérience ordinaire voir même d'un phénomène social. Ainsi, nous aborderons l'approche narrative, développée comme outil d'intervention en thérapie familiale, en la situant dans l'univers de la thérapie familiale, en identifiant les principaux théoriciens l'ayant influencée et en relevant les lignes directrices tant au niveau de la compréhension du problème que dans la posture thérapeutique préconisée.

On attache le développement de l'approche narrative (A.N.) au domaine des thérapies familiales. Mony Elkaim (1995), dans l'ouvrage *Panorama des thérapies familiales*, consacre un chapitre à retracer, au plan historique, l'émergence de cette approche. D'abord, nous devons effectuer un crochet par le constructivisme¹. Comme le constructionnisme social, le constructivisme est un courant théorique qui partage avec celui-ci l'idée de construction mais qui s'intéresse plus particulièrement au développement progressif de la personnalité et de l'esprit humain. Ce que l'esprit humain comprend et perçoit résulte des expériences vécues et ancrées dans un contexte. En thérapie familiale, cette perspective théorique a émergé dans les années 1980. Selon Elkaim, l'un des premiers théoriciens associés à ce courant, un dénommé Heinz Von Foerster, a effectué des travaux sur la « seconde cybernétique ». En thérapie familiale, la première cybernétique constitue la famille en un système où le thérapeute reste un observateur externe et neutre face à ce dernier. Ce que Foerster rapporte dans ses travaux est justement que le thérapeute doit être inclus dans le système observé et donc « le système observé » est dans une nécessaire relation avec un « système observateur » que l'on doit comprendre comme un tout. C'est ce que l'on nomme la seconde cybernétique. (Elkaïm, 1995, p. 546) Ainsi, la réalité dans un espace thérapeutique devient une co-construction entre deux systèmes : le thérapeute et la famille.

Ensuite, dans l'horizon des thérapies familiales, deux autres auteurs associés à la montée du constructivisme se sont démarqués par leurs travaux : Maturana et Varela. Comme le souligne Elkaïm, ils « ont, quant à eux, souligné que la perception visuelle naît à l'intersection de ce qui s'offre à nous et de notre propre système nerveux : ils ont démontré que ce que nous voyons n'existe pas, en tant que tel, à l'extérieure de

¹ Pour la distinction entre constructivisme et constructionnisme, voir le texte de Dumora et Boy (2008) : *Les perspectives constructivistes et constructionnistes de l'identité : Constructivisme et constructionnisme : fondements théoriques*.

notre champ d'expérience, mais résulte de l'activité interne que le monde extérieur déclenche en nous. » (Elkaïm, 1995, p.546) En somme, l'impact que ces travaux ont eu dans l'espace thérapeutique se résumerait ainsi : le thérapeute familial doit amener le système à prendre conscience de cette « construction mutuelle » de la réalité. Conséquemment, le thérapeute n'est plus le porteur de la vérité à refléter, il élargit le champ des possibles avec le système, il édifie avec lui une construction sensée et opératoire dans laquelle chacun des membres a une responsabilité au plan individuel.

Elkaim (1995) poursuit en signalant l'arrivée du constructionnisme social vers la fin des années 1980. Pour certains, ce courant théorique est une réponse critique au constructivisme. Un des principaux représentants de cette approche théorique est l'américain Kenneth J. Gergen. Selon lui...

Les significations, aussi bien que le sens du « moi » et les émotions, naissent dans un contexte intrinsèquement relationnel : non seulement le « je » et le « tu » ne se manifestent qu'au sein des dialogues permis par les relations humaines, mais l'identité elle-même est produite par des narrations issues d'échanges communs, les narrations du moi renvoyant en effet à des relations sociales bien plus qu'à des choix individuels; dans cette optique, même les émotions correspondent à des modes de fonctionnement social, car elles sont enchâssées dans des séquences et des scénarios communs. (Elkaïm, 1995, p. 548)

En d'autres termes, le constructionnisme social exprime l'idée que l'ultime moyen par lequel nous abordons, ou plutôt que nous construisons la réalité est relié au mode de la communication et, principalement, du langage que nous utilisons. Cette nuance explicative, cet autre narratif théorique, met l'emphasis sur ce mode d'interaction, sur cet outil de lien social qu'est cette logique linguistique se rattachant à une culture. Ainsi, mettre en mots, se raconter, propose une lecture, une interprétation possible d'une expérience vécue au sein d'une culture donnée. Cette dernière se distingue du mode de pensée positiviste cherchant à tirer d'un phénomène social une loi « généralisable », prouvée et objectivée par l'application d'un empirisme rigoureux et

méthodique. Gergen campe résolument le constructionnisme social dans l'ère postmoderne qui justement cherche à s'affranchir des préoccupations du modernisme. Ce que relève Elkaïm dans les travaux de Gergen, c'est que le modernisme se représentait le monde telle une « machine » dont la maîtrise et le fonctionnement sont axés sur des critères de rationalité et d'objectivité. La connaissance, elle, est soumise aux mêmes critères et supporte une logique de progrès infini. Il s'agit alors d'une culture du progrès scientifique quelque peu mécaniste, baignée par des valeurs capitalistes où le pouvoir et la richesse demeurent les principaux indicateurs de performance. L'époque postmoderne, s'amorçant à la fin des années 1960, s'érige en critique au moderne en « déconstruisant » par des « revendications éthiques » les critères de rationalité, d'objectivité et de progrès. (Elkaïm, 1995, p. 549) Pour notre part, constructiviste et constructionniste s'insèrent dans cette volonté revendicatrice caractérisant l'ère postmoderne de par la valeur qu'ils accordent à la subjectivité et à l'élaboration de l'expérience au quotidien adaptée à des contextes sociaux particuliers.

Le constructionnisme social et le constructivisme partagent l'idée que la réalité est une perpétuelle construction s'érigeant au fil de nos actions ; ils rejettent tous deux l'idée que le « savoir » est un reflet strict de la réalité observable ou qu'il est issu d'un monde à part, indépendant de nous. Toutefois, le constructionnisme social met l'emphasis sur la notion de relation par la pratique discursive. Les relations s'établissent au fil des échanges linguistiques nécessaires à la construction sociale du savoir et du monde. En d'autres mots, « La construction du monde ne se situe pas à l'intérieur de l'esprit de l'observateur, mais bien à l'intérieur des différentes formes de relation. » (Elkaïm, 1995, p.549) Ce que Gergen met de l'avant est que les « échanges verbaux » entre un thérapeute et son patient préconisent un « engagement commun » dans un « dialogue productif » où le problème décrit par le patient doit être interrogé en terme « relationnel » (pour qui tient-il ce discours et dans quel but?) et où le sens est une co-construction signifiante d'une possibilité parmi tant d'autres.

(Elkaïm, 1995, p. 549-550) Le principal apport du constructionnisme social aux thérapies familiales est l'idée centrale qu'un problème est construit dans et par le langage. De plus, il a permis le développement d'une posture thérapeutique plus horizontale du thérapeute envers son patient. Le rôle du thérapeute s'apparente à un collaborateur menant une « conversation thérapeutique » vouée à la multiplication des possibles et à comprendre le vécu du patient comme une « réalité narrative socialement construite. » (Elkaïm, 1995, p. 550) Enfin, le constructionnisme social permet une réflexion autour de l'art d'interroger la personne et/ou la famille, menant à la notion de circularité des questions posées. D'ailleurs, ce type de questions est, pour plusieurs tenants de ce courant, un « puissant instrument d'autoguérison. » (Tomm, 1985)

C'est dans cette mouvance des thérapies familiales et du constructionnisme social qu'est apparue l'approche narrative. Le thérapeute familial australien, Michael White, est à l'origine de cette approche thérapeutique². Cette dernière propose que le vécu expérientiel se construit par des récits, des narratifs. Ceux-ci servent la fabrication de sens de cette même expérience et sont d'importants moyens de se relier les uns aux autres dans l'arène sociale. Ainsi, l'expérience ordinaire est source de récits dont le critère de validité relève plus de la vraisemblance que de l'absolue vérité. Selon l'approche narrative proposée par White, les problèmes sont des construits nourris par des narratifs intériorisés, dont la révélation et la mise à distance par l'extériorisation de ceux-ci dans un espace thérapeutique permet d'accéder à d'autres narratifs alternatifs potentiellement réparateurs.

Michael White a élaboré cette approche thérapeutique au milieu des années 1980. Lors de la publication de ses premiers articles, on perçoit dans les écrits de White une

² Pour un survol de l'approche, il est possible de consulter l'ouvrage suivant. White, Michael et David Epston. (2003). *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Éditions Satas. Bruxelles.

forte influence des travaux de Gregory Bateson. Zimmerman et Dickerson, dans leur article consacré à l'approche narrative de White, situent cette influence de Bateson dans sa remise en question des relations de types linéaires et dans l'usage de la « métaphore cybernétique ». Cette dernière exprime la préoccupation théorique de Bateson en ce qui concerne les conditions de circulation de l'information dans un système vivant donné. (Zimmerman et Dickerson, 1995, p. 576-577). Les principales notions apportées par Bateson ayant inspiré White dans le développement de son approche sont : les *contraintes*, l'*explication négative* et la *double description*. Bateson avance que l'on peut percevoir une contrainte en tout comportement, événement, discours ou croyance. Lorsqu'on sélectionne ou met l'emphase sur certains (événements, discours, croyances ou comportements) d'autres vont « passer inaperçus. » (Zimmerman et Dickerson, 1995, p. 576). En somme, les *contraintes* deviennent un obstacle que nous choisissons de franchir ou pas. Dans la thérapie par la narration développée par White, les *contraintes* constituent le problème relaté dans l'espace thérapeutique.

Par la notion de l'*explication positive*, Bateson met de l'avant que l'information se constitue « à cause que », elle se crée lorsque quelque chose d'autre se produit, ce serait un principe de causalité sur lequel nous n'avons peu d'emprise. Tandis que par la notion d'*explication négative*, Bateson propose l'idée qu'il y a une sélection, que l'information se constitue d'une certaine façon « plutôt qu' » d'une autre, ce qui laisse croire que nous ayons une emprise sur celle-ci. Selon la notion d'*explication négative*, « les problèmes sont des contraintes ». (Zimmerman et Dickerson, 1995, p. 576). Cette notion théorique issue des travaux de Bateson se traduit dans la thérapie de White en considérant le problème séparément de la personne. Conséquemment, lorsqu'une personne fait le récit de son problème, une mise à distance s'opère permettant à l'individu ou à la famille de modifier sa perception du problème. Ce « processus thérapeutique d'externalisation du problème (peut être perçu) comme un moyen de diminuer l'influence de ces contraintes en les séparant de

l'individu et, par là même, comme une possibilité de l'aider à porter un regard différent sur le problème et ses effets. » (Zimmerman et Dickerson, 1995, p.577) Donc, la personne n'est plus le problème, elle est en relation avec ce même problème. Optique très différente au plan thérapeutique, puisque les individus ne sont plus les résultats des contraintes vécues, ils ne sont plus des objets; ils sont des sujets éprouvant des problèmes devenant les objets de la thérapie ce que White appelle « l'objectivation des problèmes. »

Une autre implication des travaux de Bateson se reflétant dans l'approche narrative de White concerne la notion de la double description. Il y aurait deux manières possibles de raconter ou de décrire des problèmes ; la première cherche à établir l'influence que le problème a sur notre vie, sur nous, notre famille et nos relations. La seconde, elle, décrit comment nous, notre famille et nos relations influencent la vie du problème. Alors, le rôle du thérapeute selon White, est de poser des questions favorisant la seconde manière de décrire les situations soit le descriptif dressant le réseau d'influences nourrissant le problème. Ce descriptif permet d'accéder à de nouvelles informations apportant un éclairage différent et permettant de révéler de nouvelles idées sur soi. En somme, ce descriptif «non saturé » par le problème, permet de se raconter et faire sens de soi autrement que par le problème. De ce fait, la personne accède à des narratifs ou des manières de se raconter impliquant les autres soi potentiels. Le principe sous-jacent en importance dans l'approche narrative est qu'il y a une multitude de voix et de soi disponible en notre intériorité tout autant qu'il y a une multitude de narratifs, de voix sillonnant l'interface sociale. Il n'y a pas qu'une unique possibilité, mais un univers de possibles.

En plus de recevoir l'influence de Bateson, White s'est également inspiré des thèses de Derrida et du concept de déconstruction. Pour White, il importe d'aborder, dans l'espace thérapeutique, les narratifs révélant les impératifs normatifs que nous intégrons tout au long des échanges sociaux. Ces narratifs sont souvent habillés

comme des « vérités »; ce que l'approche narrative cherche à déconstruire, à dissocier en conditions et en contextes de production. (Elkaïm, 1995, p. 550.) L'idée « d'externaliser » le problème, de le placer hors de la personne rejoint cette idée de déconstruction issue des travaux de Derrida, mais aussi devient une méthode thérapeutique permettant à l'individu de prendre conscience de « l'habillage » normatif de certains narratifs.

Cependant, certains narratifs sont plus répandus que d'autres dans l'espace social, ce que White présente comme des « récits de vérités » qui sont le produit d'un contexte culturel. Cette nuance théorique s'appuie sur les écrits de Foucault. Selon Foucault, *on attribue un statut de vérité à des récits*. « Ces "vérités" sont "normatives" au sens où elles construisent des normes autour desquelles on incite les gens à façonner ou constituer leurs vies. » (White et Epton, 2003, p. 20) Ces narratifs « normalisateurs », selon Foucault, sont intégrés par assujettissement et assurent une « régulation des conduites » afin de répondre aux besoins structurels de nos institutions sociales. Elkaïm, dans son article, résume bien cette filiation entre la pensée de White et celle de Foucault.

Pensant d'abord, à la suite de Michel Foucault, que les domaines de connaissance sont des domaines de pouvoir, White adhère à la définition foucauldienne de l'exclusion comme conséquence de l'acceptation d'une identité socialement attribuée : tant pour les personnes que pour les groupes, ce serait l'identité imposée à l'individu marginalisé, bien plus qu'à l'appartenance à telle ou telle collectivité qui créerait de l'exclusion. » (Elkaïm, 1995, p. 550)

White se rallie aux idées de Foucault concernant les pratiques sociales séparant le normal de l'anormal et dont les narratifs associés à ces pratiques produisent des normes endossées par une majorité. Dans son approche thérapeutique, White souligne l'importance d'externaliser ces récits normalisateurs pour les identifier comme tels et ensuite être capable de construire des narratifs proposant un sens différent de

l'expérience vécue et modifiant ainsi notre relation au problème. Ces nouveaux narratifs sont, pour White, des « récits d'exception. »

L'autre apport en importance des travaux de Foucault à l'approche narrative de White est le mode de fonctionnement du pouvoir, la technique par laquelle il active le contrôle social associé à la notion de savoir. Les narratifs normalisateurs ont, en quelque sorte, remplacé les jugements moraux. Ces narratifs servent de balises à l'auto-évaluation des individus qui, selon Foucault, est le principal mécanisme de contrôle social. (Zimmerman et Dickerson, 1995, p.580-581) Ainsi, ces narratifs se constituent grâce à certaines *techniques de pouvoir* qui...

- organisent les gens dans l'espace, les enregistrent et les classifient,
- excluent des groupes et attribuent une identité.
- isolent les gens et assurent un moyen efficace de surveillance ou d'évaluation. (White et Epton, 2003, p.22-25)

Les techniques du pouvoir présentées par Foucault s'intègrent par le processus d'auto-évaluation effectif dans notre société dite individualiste. Un individualisme où activement l'individu essaie d'agir sur lui-même afin de se conformer et de s'insérer dans le narratif « normé » proposé ou projeté par la majorité. Ce jugement servant l'auto-évaluation donc de mécanisme de contrôle social s'intègre par le sujet comme le dirait Foucault par le procédé de subjugation soumettant de façon active le sujet au processus de la régulation des conduites.

Ainsi, la notion de pouvoir est comprise telle une pyramide renversée; le pouvoir se constitue de manière ascendante. Nous subissons à la fois les effets du pouvoir que nous exerçons sur les autres. Le récit de maladie mentale produit par la pratique médicale puise sa force et sa légitimité au plan social dans les techniques du pouvoir qu'il emploie : il organise la personne dans l'espace, il l'enregistre et la classe, il

l'exclut du groupe des normaux en lui attribuant une identité et enfin il s'assure d'un isolement par les mécanismes de surveillance et d'évaluation qu'il utilise. De deux choses l'une, le narratif ou « savoir local » (savoir issu de l'expérience quotidienne), interprété par la personne percevant son « anormalité » se voit réinterprété par le narratif scientifique ou savoir dit « d'érudit » provoquant en quelque sorte son exclusion afin de l'assujettir à cette réalité objective et ce faisant discréditant le récit de son expérience. Conséquemment, subjuguée par ces techniques du pouvoir, cette personne consultant l'instance médicale voit ses conduites régulées en une maladie. Enfin, la contribution théorique de Foucault a permis à White de développer un cadre d'intervention rompant avec la thérapeutique traditionnelle mettant l'emphasis sur l'intériorité du moi « en reconnaissant comment le soi se construit socialement, un traitement thérapeutique de ce type entraîne les autres à célébrer la construction du soi préféré et engage l'individu à continuer l'évolution de son soi en relation avec d'autres dans le monde. » (Zimmerman et Dickerson, 1995, p. 581)

On relève l'influence d'un autre théoricien dans les principes soutenant à l'approche thérapeutique de White, celle de Jérôme Bruner. Bruner est l'un des tenants de la psychologie dite cognitive, champ de la psychologie s'étant développée en réponse aux théories comportementalistes. Bruner avance dans ses écrits que nous nous constituons par les histoires que nous entendons et celles que nous racontons. En somme, le récit ou le narratif est l'expression « d'un rapport dialectique entre ce que nous nous attendons et ce qu'il se produit effectivement. » (Bruner, 2005, p.29) Pour Bruner, se raconter, se narrer est un acte créateur d'identification à une culture, un moyen d'élaborer son identité au plan personnel. Dans la même perspective que White, Bruner définit le narratif comme un moyen de faire sens de notre expérience, mais aussi comme un moyen de « traiter de l'action humaine et de l'intention ». (Zimmerman et Dickerson, 1995, p.583-584) Ainsi, Jérôme Bruner bonifie l'exigence de se raconter par rapport au temps. Simplement, en se racontant, en racontant un problème, on l'inscrit, dans le temps voir même on le structure par le temps. Selon

Bruner, cette structure du raconté s'effectue selon deux paysages, le paysage de l'action et celui de la conscience. Le paysage de l'action se préoccupe de l'enchaînement, du développement des thèmes et des événements sur le fil du temps : passé, présent et futur. En ce qui concerne le paysage de conscience, lui, il se compose des interprétations et des significations : nos préférences, nos désirs, nos valeurs, nos croyances et nos caractéristiques personnelles ou relationnelles, etc. Ainsi, se raconter, raconter l'histoire de notre problème en thérapie narrative, permet d'inscrire une séquence d'événements dans le temps, mais permet aussi d'affirmer le contexte précis de nos préférences personnelles reflets de nos intentions et de nos valeurs.

2.2 La notion de stigmat

La notion de stigmat apporte un autre éclairage théorique sur la problématique développée dans ce travail. Un sociologue canadien, Erving Goffman, a consacré tout un ouvrage à l'étude de l'usage social du stigmat, des conséquences au plan identitaire et des répercussions de celui-ci dans notre vivre ensemble. Le stigmat, marque parfois utile et surtout indélébile, constitue en quelque sorte un autre narratif impliqué dans les transactions sociales.

Publié en 1963, *Stigmat : les usages sociaux des handicaps* fait l'étude de manière ethnographique du phénomène de la stigmatisation. Ainsi, tout attribut qui marque, entache, catégorise et retranche un individu de la grande famille des gens normaux peut être compris décrit comme un stigmat. Tout d'abord, la création de catégories est un procédé social organisationnel et structurel étant à la base même du fonctionnement de nos sociétés. Du moins, c'est ce que Goffman souligne lorsqu'il explicite la catégorisation sociale en l'affirmant comme une notion préliminaire. D'une part, il définit la catégorie des normaux comme étant des individus qui correspondent aux « contingents d'attributs » ordinaires, voire même naturels,

associés à leur groupe d'appartenance. Cette association à une catégorie formulerait, en quelque sorte, notre identité au plan social. Dans le jeu de l'interaction sociale, l'une des premières opérations s'effectuant entre deux êtres est celle visant à prévoir sa catégorie, son statut au plan social ou ce qu'il conceptualise en terme identité sociale. (Goffman, 1975, p. 11-13)

Le processus de stigmatisation serait en quelque sorte un système de repérage et de catégorisation, selon Goffman. L'hypothèse que l'on projette sur l'autre devient ce qu'il appelle « l'identité sociale virtuelle » et lorsqu'il nous prouve la possession d'un attribut, il forme ce qu'il appelle « l'identité sociale réelle. » Ce processus de classification ou de reconnaissance est de nature inconsciente dans le jeu de l'interaction. Lorsque nous détectons un attribut qui rend l'individu différent des personnes associées à cette hypothèse d'appartenance et qui le diminue ou le rend dans une certaine mesure dangereux ou mauvais, nous versons dans le stigmaté, une attribution qui discrédite la personne profondément. Ainsi, le stigmaté « représente un désaccord particulier entre les identités sociales virtuelles et réelles. » (Goffman, 1975, p. 12) Il entraîne un « retranchement » ou une exclusion de la catégorie des « normaux » et ce faisant il exprime une sorte de cassure entre le « soi » et ce que l'on exige de soi. (Goffman, 1975, p. 18)

Dans cette optique, le stigmaté constitue un attribut qui, lors de l'interaction, jette un certain discrédit sur l'un des protagonistes dans la relation au plan social. Donc, le discrédit se comprend au plan relationnel. Toutefois, Goffman souligne l'importance de comprendre le stigmaté selon deux perspectives : « l'individu stigmatisé suppose-t-il que sa différence est déjà connue ou visible sur place ou bien pense-t-il qu'elle n'est ni connue ni immédiatement perceptible par les personnes présentes ? Dans le premier cas, on considère le sort de l'individu discrédité, dans le second, celui de l'individu discréditable. » (Goffman, 1975, p. 14) Donc, la notion de visibilité de ce stigmaté est importante.

L'attribut discréditant, pour Goffman, l'est d'autant plus lorsqu'il est visible comme un handicap ou une difformité physique. Ce qui institue le premier type de sa typologie. Le second type est dans l'ordre « des tares du caractère qui s'associe à l'individu que l'on croit ou que l'on sait qu'il a ou a été : “mentalement dérangé”, emprisonné, drogué, alcoolique, homosexuel, chômeur, suicidaire ou d'extrême gauche. » (Goffman, 1975, p. 14) Enfin, un troisième type qu'il qualifie de tribal évoquant la “race”, la “nationalité” et la “religion” étant « transmissible de génération en génération et pouvant « contaminer » également tous les membres d'une famille. » (Goffman, 1975, p. 14) Ainsi, le stigmate du premier type constitue l'individu *discrédité* essentiellement par sa visibilité. Pour les deux autres types, ils constituent l'individu *discréditable* par le fait qu'il nous faut connaître un minimum sur l'existence de l'individu en question. L'objet de la première partie de son ouvrage vise à démontrer comment la visibilité de ce dernier engendre des comportements particuliers dans une interaction qu'il qualifie de « mixtes », entre le porteur du stigmate et celui dit « normal ». Le processus de stigmatisation à l'œuvre dans l'interaction évoque l'application d'un jugement normatif où l'individu discrédité est aussi enclin à exercer ce même jugement envers ses semblables et cherche à faire partie de la norme. Goffman analyse ainsi les détails de l'interaction sociale des stigmatisés avec leur groupe d'appartenance et ceux qu'il nomme les « initiés » et, il développe sur la conséquence d'une telle attribution : le déploiement de mécanismes de justification, le sentiment de l'individu stigmatisé d'être en constante représentation et les mécanismes de soutien fournis par ceux étant affligés d'un même attribut et ceux étant des « initiés » c'est-à-dire familiers avec leur réalité. (Goffman, 1975, p. 17 à 45)

L'une des notions les plus intéressantes de cette première partie de l'ouvrage est celle concernant l'itinéraire moral. Cette notion nous rappelle celle de « carrière morale du

patient » dans son précédent ouvrage : *Asile*. (Goffman, 1968, p. 179-225) En somme, nous pourrions avancer que ces deux notions logent à la même adresse : toutes deux soulignent l'idée de partage d'un même bassin expérientiel et d'un tracé commun orienté dans une certaine direction. Ainsi, l'existence d'un itinéraire moral commun affirme que les stigmatisés partagent « une même expérience de leur sort et connaissent des évolutions semblables quant à l'idée qu'elles ont d'eux-mêmes. » (Goffman, 1975, p. 46) De plus, cet itinéraire se divise en phase d'adaptation évoquant un processus de socialisation particulier. Pour Goffman, la première phase du processus est celle où l'individu stigmatisé apprend et intègre l'image que les normaux se font de lui, « acquérant par là les images de soi que lui propose la société, en même temps qu'une idée générale de ce qu'impliquerait la possession d'un tel stigmate. » (Goffman, 1975, p. 46) Ensuite, vient la phase où l'individu apprend qu'il est affligé d'un stigmate et les conséquences associées. Selon la théorisation de Goffman, à l'issue de celle-ci, quatre structures fondamentales s'érigent et celles-ci proposent des évolutions plus ou moins similaires.

En premier lieu, il y a ceux dont le stigmate est inné, qui ont été socialisés dans leur désavantage simultanément et qui intègrent les « critères » auxquels ils ne répondent pas. Goffman illustre cette catégorie en donnant l'exemple d'un orphelin; il sait qu'il est normal d'avoir des parents tout en effectuant le dur apprentissage d'en être privé. Pourtant, plus tard, au cours de sa vie, il sera tout même capable d'être un père à son tour. (Goffman, 1975, p. 46) Ensuite, la structure des stigmatisés a été socialisée dans leur désavantage et a bénéficié d'un environnement protecteur créant ainsi une illusion de normalité finissant un jour au l'autre par être brisé. Il donne l'exemple de l'enfant handicapé ayant un jour à entrer à l'école, celui d'une jeune adulte effectuant son entrée sur le marché de l'emploi et celui d'un stigmatisé affrontant la dure vérité lors de sa première histoire d'amour. La prise de conscience de la conception des normaux et de sa différence notable reste une étape importante dans cet itinéraire voué à l'adaptation sociale. Le troisième cas aborde la situation du stigmatisé « sur le

tard » ayant connu une existence « normale ». Frappé de la maladie, d'un accident ou de la dérive mentale, il se voit contraint de composer avec le discrédit de son stigmaté. « Cet individu a tout appris du normal et du stigmatisé bien avant d'être contraint de se voir comme lui-même déficient. » (Goffman, 1975, p. 48) De par cette structure, il tente de mettre en lumière la dureté des conséquences de la « réidentification » nécessaire et la possible « réprobation de lui-même » éprouvée par le stigmatisé. La dernière « structure fondamentale » englobe ceux ayant été « socialisés » auprès d'une communauté étrangère, « dans ou hors des limites géographiques de la société des normaux, qui doivent ensuite apprendre une seconde manière d'être qui, pour leur entourage, est la seule réelle et la seule juste. » (Goffman, 1975, p. 49) Comme dynamique relationnelle spécifique à cette structure, Goffman souligne l'acquisition d'un certain nouveau « moi » entraînant un malaise vis-à-vis cette nouvelle appartenance et une certaine « gêne » face à l'ancienne.

Enfin, dans cet itinéraire moral d'un stigmatisé, le moment où il apprend son stigmaté est, selon Goffman, révélateur d'une toute nouvelle modalité de socialisation : celle s'effectuant auprès de ses semblables. D'ailleurs, ce n'est qu'en fonction de cette appartenance que l'on pourrait étudier cet itinéraire, l'histoire personnelle et naturelle d'un individu stigmatisé. De plus, de par ses échanges, ses contacts et ses transactions, l'individu stigmatisé construit à la fois une nouvelle conception de soi, mais aussi, une hiérarchisation de ses semblables révélant une opinion sur les « siens » et reformulant l'avis qu'il a des « normaux ». Ce procédé d'affiliation n'est pas exempt d'une forme d'ambivalence éprouvée par le stigmatisé, qui, comme le souligne Goffman, vacille dans son rapport au groupe. Ainsi, toute la richesse de l'interaction sociale d'un stigmatisé se trouve révélée à travers cette incursion dans son rapport à ses semblables voué à la fois à le confirmer comme tel, mais aussi à lui prescrire un comportement à adopter face aux « normaux ».

Goffman poursuit cette théorisation de l'identité via la notion de stigmaté en évoquant l'importance du contrôle de l'information et son rôle dans le développement de l'identité personnelle. Ainsi, lors d'un rapport mixte le stigmaté de première catégorie (handicap physique), il se crée une forme de tension dans le flux de l'interaction. Ainsi, l'individu dont le stigmaté est visible, voire même perceptible, apprend à détourner cette tension, à s'accommoder de celle-ci afin de maintenir le flux de l'interaction et ainsi conclure l'échange sans trop de peine de part et d'autre. Telle est, selon Goffman, l'étiquette de la communication dans l'interaction. Dans la seconde partie de l'ouvrage, (Goffman, 1975, p.57-126) Goffman dépeint la réalité des interactions lorsque le stigmaté rend le sort de l'individu « discréditable » et que celui-ci, afin de préserver l'interaction, use de subterfuges, de faux-semblant ou se crée une couverture afin d'assurer l'étiquette interactionnel. L'enjeu de la dissimulation du stigmaté ou de sa divulgation apparaît et engage le contrôle de l'information sociale que le stigmatisé sait qu'il diffuse à son sujet.

Goffman définit l'information sociale comme ce qui caractérise un individu de façon durable; cette information, qualifiée de sociale, est transmise par des signes. La fréquence et la stabilité de certains signes en font ce que Goffman appelle des symboles. Symboles de prestige en opposition aux symboles de stigmaté, il dit de celui de prestige qu'il s'apparente au statut qu'a un individu au plan social tandis que le symbole de stigmaté fait référence « ...aux signes dont l'effet spécifique est d'attirer l'attention sur une faille honteuse dans l'identité de ceux qui les portent, et qui détruisent ce qui aurait pu être un tableau d'ensemble cohérent, avec pour conséquence un abaissement de l'appréciation. » (Goffman, 1975, p. 59) En outre, de la multiplicité des signes constituant l'information sociale, Goffman clôt cette section par l'importance de nos fréquentations et de notre réseau relationnel en affirmant qu'elles sont de l'information sociale. Comme le dit le vieil adage : dis-moi qui tu fréquentes et je te dirai qui tu es. Enfin, outre l'élaboration des composantes de l'information sociale, il nous faut retenir que celle-ci devient objet de manipulation

pour l'individu dont le stigmate n'est pas apparent au premier abord, afin de maintenir le flux de l'interaction dans un contexte de relation publique.

Cette précision quant au contexte de l'interaction est apportée par Goffman afin d'introduire la notion d'identité personnelle. Celle-ci se compose d'éléments biographiques particuliers étant associés à la vie d'une personne. Selon Goffman, l'amalgame des éléments de l'histoire de vie d'une personne comporte des « signes patents » jouant le rôle de « porte-identité ». Un porte-identité est en quelque sorte l'image mentale que l'on conserve d'une personne tout comme la « ...connaissance de sa place particulière au sein d'un certain réseau de parenté. » (Goffman, 1975, p. 73) Goffman pose que, ce que nous sommes par ces signes et par ces porte-identités, sont ce qui nous rend à la fois semblables aux groupes d'appartenances et « uniques » de par la combinaison de tous les éléments composant la biographie finissant par s'y rattacher. Cette précision conduit Goffman à définir « la notion d'identité » comme étant nécessairement liée «... à l'hypothèse que chaque individu se laisse différencier de tous les autres, et que, autour de ses éléments de différenciation, c'est un enregistrement unique et ininterrompu de faits sociaux qui vient s'attacher, s'entortiller, comme de la « barbe à papa », comme une substance poisseuse à laquelle se collent sans cesse de nouveaux détails biographiques. » (Goffman, 1975, p. 74) Cette notion permet de mieux saisir l'enjeu de « contrôle » de l'information proposée précédemment et d'entrevoir l'utilité des mécanismes décrits par Goffman afin de manipuler cette même information vouée à préserver cette identité personnelle du discrédit.

Goffman décrit deux mécanismes principaux engendrant le contrôle de l'information : le faux-semblant dont le stigmate est dans l'ordre de l'invisible tout en étant importunant et la couverture en ce qui concerne celui étant visible. Ce qu'il faut comprendre de l'usage de tels mécanismes est qu'ils forment ce que Goffman nomme des techniques de contrôle de l'information dont l'objectif derrière cette tentative de

dissimulation est d'amoindrir l'effet du discrédit du stigmaté dans les diverses situations sociales. Le faux-semblant vise à dissimuler ce qui n'est pas apparent (le stigmaté) afin d'être considéré comme « normal ». Conséquemment, Goffman nous rappelle...

« qu'il apparaît en fait que les gens qui s'efforcent délibérément et méthodiquement de faire semblant affrontent des problèmes qui, par leur nature, ne diffèrent pas de ceux qui se posent tôt ou tard à un grand nombre de personnes. Étant donné le grand avantage qu'il y a à être considéré comme normal, quiconque, ou presque, est en position de faire semblant, n'y manquera pas à l'occasion. » (Goffman, 1975, p. 93)

Ainsi, cette technique de contrôle n'étant plus réservée qu'aux personnes stigmatisées, elle est seulement plus présente dans cette catégorie.

À la fin de cette section, Goffman revient sur la notion d'itinéraire moral afin de souligner que l'apprentissage du faux-semblant reste une phase de ce dernier tout en soulignant qu'éventuellement au sein de ce parcours l'individu stigmatisé apprendra « à s'accepter » et à « se respecter » tel qu'il est sans ressentir le besoin de dissimuler son imperfection. C'est alors qu'il assumera son stigmaté et le révélera en désapprenant les usages de la dissimulation pour atteindre cette idéale adaptation.

Enfin, la dernière section de l'œuvre de Goffman servant les propos de notre cadre d'analyse est celle décrivant « l'identité pour soi » en correspondance avec ce qu'il détermine comme « l'alignement sur le groupe » (Goffman, 1975, p. 127-148) L'identité pour soi serait en quelque sorte celle exprimant le « senti ». Celle révélant « le sentiment subjectif de sa situation et de la continuité de son personnage que l'individu en vient à acquérir par suite de ses diverses expériences sociales. » (Goffman, 1975, p. 127) La perception et l'interprétation que le stigmatisé a de son stigmaté, en fait son « identification » à ses semblables. Goffman a souligné précédemment que nous ne pouvions comprendre et expliquer les ramifications

relationnelles d'un stigmatisé sans passer par l'exploration de son sentiment d'appartenance face au groupe de ses semblables. En quelque sorte, cette relation plus ou moins obligatoire nous permet de le situer dans l'interface sociale. Ainsi, Goffman propose que l'individu stigmatisé puisse parfois s'identifier à son groupe. Cette identification est toutefois imprégnée d'ambivalence. Il démontre, aussi, que l'individu se positionne face à son groupe en opérant une hiérarchisation de ses semblables (moins ou pire que lui), en examinant avec qui il crée ses alliances (ses semblables ou des normaux) et en étudiant sa réaction à ses semblables qui s'exhibant expriment les stéréotypes négatifs de sa catégorie.

De plus, Goffman établit dans ce qu'il appelle « alignement sur le groupe », le rôle du groupe d'appartenance dans sa production d'un « code de conduite » favorisant son insertion sociale et donc, visant à maintenir, à plus petite échelle, le flux de l'interaction lors de relations sociales. De par ses « recettes », le groupe prescrit que, de par sa condition, l'individu stigmatisé se doit de se « conformer » afin de pouvoir fonctionner comme les « normaux » tout en étant et en assumant sa différence. Dans cette optique, le rôle des professionnels oscillant autour de l'individu stigmatisé contribue à cette prescription de se conformer. Goffman relève ce que, par leurs conseils, les professionnels tentent d'explicitier :

Les recettes utiles en cas de situation sociale délicate; le soutien qu'il convient d'apporter aux siens; de quelle façon il peut se permettre de fraterniser avec les normaux; les préjugés qui doivent le faire tiquer et ceux qu'il faut attaquer ouvertement; dans quelle mesure il est en droit de réclamer un traitement quelque peu différent; ce qui, chez les siens, devrait être objet de fierté; jusqu'où il peut aller pour affronter sa différence. (Goffman, 1975, p.131)

Ainsi, le stigmatisé se voit porter la responsabilité d'agir et d'assumer cette différence jetant le discrédit, de briser cette tension qu'elle produit au sein de l'interaction sociale afin de gagner son acceptation et de s'adapter socialement. Une adaptation qui en quelque sorte est au service des « normaux ».

2.3 Du narratif au stigmaté : une perspective sociale en analyse

Les notions de narratif et de stigmaté proposent toutes deux une lecture explicative du mode de fonctionnement de l'identité. L'identité reste un concept un peu flou et quelque peu galvaudé dans la culture populaire. D'ailleurs, la question de l'identification à une catégorie ainsi que le mécanisme à l'œuvre dans cette attribution sont au cœur de notre problématique. D'emblée, nous soulignons que cette catégorisation produite par l'acte de poser un diagnostic est en soit un narratif par la manière qu'il a été construit, par la fonction de référence qu'il assume en terme d'interprétation de l'expérience vécue par l'individu et par le procédé d'intégration en terme identitaire. Ainsi, la catégorisation diagnostique conduirait un processus de stigmatisation. Ce diagnostic devient un stigmaté, jetant un discrédit sur la personne et brouillant ses interactions au plan social. L'appartenance projetée à une certaine catégorie produit un système de référence, un certain narratif sillonnant et ordonnant l'interaction.

Ce que nous pouvons affirmer par l'usage de ces deux notions théoriques est que l'arène sociale regorge de narratifs. Des histoires et récits organisent et structurent notre interprétation de ce que nous vivons et permettent de donner un sens aux diverses situations sociales et à notre expérience s'acquérant au fil de nos interactions. Nous qualifierons certains narratifs comme étant essentiellement identitaires. Donc, des histoires et des récits qui organisent l'expérience et permettent, lors des échanges sociaux, à la fois, une présentation de qui l'on est et de repérer avec qui nous échangeons. Nous divisons alors, le narratif identitaire en un narratif dit personnel s'inspirant ainsi de la théorisation de Goffman. Il est dit personnel par la fonction « d'identité pour soi » qu'il assume. Ce dernier regroupe, en quelque sorte, des éléments de natures biographiques. Ces informations sont en quelque sorte ce qui nous rend unique, spécifique, ce qui nous distingue et crée en quelque sorte le « soi ». Ce dernier est, toutefois, en perpétuelle évolution sensible aux multiples productions

de sens issues des interactions. D'autre part, nous proposons un narratif identitaire social. Plus complexe, ce narratif regrouperait les informations de statut et de rôle dans la sphère sociale. Ce narratif rassemble les éléments qui nous rendent semblables et assure notre filiation à une communauté d'appartenance, à un contexte culturel particulier. Nous associons notre explication au propos de White lorsqu'il affirme l'importance des narratifs « normalisateurs » visant à assurer une certaine cohésion sociale au sein d'une culture donnée. Ainsi, le narratif identitaire social est le récit des attentes et prescriptions issues de notre socialisation au sein de notre société.

Dans la mécanique du stigmatisme démontrée par Goffman, c'est le processus de stigmatisation qui produit un « nouveau » narratif identitaire. Projetant une attribution « discréditante », il contamine à la fois le narratif personnel et social engendrant ainsi une nouvelle histoire, un nouveau narratif identitaire. Dans ce nouveau récit, l'idée que l'on a de soi tout comme la découverte et l'intégration du récit constituant cette marque modifient le narratif identitaire antérieure. Ce nouveau-né narratif provoque un nouveau bricolage identitaire qui constitue en quelque sorte « un problème », un obstacle dont l'individu par les divers mécanismes impliqués dans ce « nouvel itinéraire moral » tentera d'intégrer afin de pouvoir se conformer. Ce nouveau narratif identitaire produit, devient en somme, une tache indélébile sur son soi, une préoccupation gênante dans l'interaction sociale. L'individu disqualifié par cette attribution issue du processus de stigmatisation voit son narratif identitaire assigné à une catégorie proposant un nouveau code de conduite, de nouveaux usages s'assurant une certaine conformité avec le narratif social projeté sur lui.

Cela nous ramène à la problématique et soulève la question du comment restaurer ou réparer ce narratif identitaire la plupart du temps source d'isolement et de souffrance? Comment générer de nouveaux narratifs identitaires « déstigmatisant » ? Comment faire changer les choses sans pour autant contribuer à la stigmatisation des individus

aux prises avec ces nouveaux narratifs identitaires? Si nous nous inspirons des méthodes d'interventions narratives proposées par White, comment générerons-nous des narratifs d'exceptions? C'est en quelque sorte les questions sous-jacentes évoquées lors de notre problématique.

Nous réitérons que les narratifs sont à la base du processus identitaire. Le processus de stigmatisation est truffé de divers narratifs bricolant un nouveau narratif identitaire favorisant l'exclusion et la marginalisation des individus. Ce qui devient problématique repose sur la réinterprétation que l'individu fait de son vécu expérientiel à travers ce nouveau narratif identitaire qui le conduit sur une route pavée de souffrances et de contradictions qui s'achève par une résignation et conséquemment réduit sa conception des possibilités. Ainsi, permettre de réduire la tension vécue et de développer des façons de faire et d'être, contribuant à créer de nouvelles possibilités narratives identitaires, serait en quelque sorte un premier pas vers une restauration, vers une « déstigmatisation » des individus. Ainsi, explorer les narratifs, non pas axés sur le stigmat, mais sur les autres narratifs latents en eux devient un pas important dans cette direction. En somme, cette recherche vise à explorer cette ouverture au nouveau narratif identitaire restaurant les possibilités sociales d'un individu stigmatisé.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée afin d'explorer les narratifs identitaires chez les participants à la recherche. En premier lieu, nous situerons sur le plan des théories de la connaissance le phénomène social que nous souhaitons étudier. Ensuite, nous présenterons une justification du choix de la méthode employée ainsi que la procédure utilisée afin de construire un échantillon de la population à l'étude. Nous poursuivrons cette présentation de la méthodologie avec les moyens par lesquels nous avons recruté nos participants et les considérations éthiques s'y rattachant. Aussi, nous traiterons de la collecte de données ce qui implique d'énoncer les lignes directrices ayant guidé les entretiens auprès des participants. Enfin, nous présenterons les grandes lignes de la méthode d'analyse des données.

3.1 Positionnement épistémologique

La notion d'attribution de sens à une expérience, à un vécu à travers un diagnostic, évoque la construction de la réalité. Comme le rappelle Lourdes Del Barrio...

L'expérience de la "maladie mentale" n'est jamais un fait "brut" ou une réalité objective; elle est construite dans un contexte personnel, social et situationnel particulier. C'est ce qu'exprime la distinction que fait Kleinman entre *disease* et *illness*, c'est-à-dire entre "maladie" diagnostiquée par le système psychiatrique et le vécu intime qu'impliquent les symptômes. (Del Barrio, 2005, p. 241)

Ainsi, il y a une forme de négociation entre le sens que la personne souffrant d'un problème de santé mentale associe à sa situation et celle que lui propose le psychiatre par son diagnostic. La traduction de cette expérience en des termes scientifiques, au moyen d'un diagnostic, passe nécessairement par le langage qui devient alors un

référant utilisé pour se situer dans l'interaction sociale et pour se positionner par rapport à l'autre. Comme l'explique Muchielli, le langage se situe au centre de cette perspective.

Un processus « communicationnel de contextualisation est consubstantiel au fonctionnement permanent de mes activités d'expression (conduite, attitudes, manières d'être, verbalisations,...) En effet, à travers des activités expressives, je réagis à une définition personnelle que j'ai de la situation, définition que de ce fait, je propose implicitement aux autres. Par ailleurs, bien sûr, et c'est plus évident, ces activités cherchent à proposer aux autres ma définition de la situation. Dans ces processus, mes activités communicationnelles construisent donc, plus ou moins ouvertement, un « contexte pertinent » dans lequel je veux voir les autres se situer. Ces autres, bien entendu, ont leur propre définition du « contexte pertinent » qui doit être pris en référence dans la situation commune. Une négociation s'engage alors pour arriver à construire quelque chose de partagé. (Mucchielli, 2006, p.198)

Dans les premiers chapitres de ce mémoire, nous affirmions que le « contexte pertinent » médical possède, de par ses assises scientifiques, une légitimité plus forte que le « contexte pertinent » à caractère personnel. Ainsi, notre problématique peut se positionner épistémologiquement dans la perspective du constructionnisme social puisqu'elle postule, qu'au moment de l'interaction entre un narratif médical et personnel, une nouvelle construction sociale de la réalité émerge. Celle-ci ne peut se constituer que dans une rencontre avec l'autre, dans une interaction impliquant le langage et une pratique discursive. De plus, cette manière de construire le problème suppose que la souffrance exprimée par une personne consultant l'institution médicale voit son narratif sur sa situation et son état réinterprété dans un langage médical puissant producteur d'une stigmatisation qui altère et modifie l'interaction au plan social. Par conséquent, cet angle d'analyse de nature compréhensive impose une méthode qualitative afin d'explorer et de décrire ce phénomène de l'attribution de sens à l'expérience vécue dans une interaction à travers l'usage des narratifs.

D'autre part, ce positionnement épistémologique rejoint des préoccupations poststructuralistes. La coexistence d'une multiplicité de réalités existantes s'exprimant en de multiples discours (narratifs) est aussi perceptible sans le problème posé. Selon cette perspective épistémologique, nous comprenons que le sens expérientiel se crée à travers le narratif. Nous n'utilisons pas qu'un seul narratif à ces fins. Ainsi, l'usage d'un des narratifs organisant l'expérience, comme celui faisant de la souffrance une pathologie mentale, est une possibilité parmi d'autres. À cet élément d'importance qu'est le postulat de la pluralité de la réalité qu'amène la coexistence de multitudes de discours, s'ajoute l'emphase que pose notre cadre théorique sur la notion de narratif. Cet élément central éclairant d'une certaine manière notre problématique, nous avons cherché à explorer voire même à décrire comment des narratifs peuvent, au fil des interactions et sous le filtre des contingences, s'assembler en des narratifs identitaires reflétant une certaine réalité. Une réalité dans laquelle la nature de la connaissance même scientifique est dépendante d'un contexte social donné.

3.2 Le choix de la méthode qualitative

La motivation première d'une orientation qualitative au plan méthodologique provient d'un intérêt personnel et découle à la fois de la problématisation que nous avons fait et du cadre théorique choisi. De plus, notre positionnement face à notre objet de recherche vise à explorer les narratifs. Le choix des mots et l'organisation de ceux-ci qualifiant l'expérience vécue, deviennent la matière première, constituent les données de l'enquête. Se raconter en des récits ou des narratifs implique nécessairement l'usage du langage. Nous ne pourrions mieux en explorer leurs usages qu'en usant d'une méthode qualitative compte tenu de la nature des données à recueillir. En introduction de leur ouvrage, Paillé et Mucchielli expriment cette idée de la nature du matériel lorsqu'ils soulignent qu'« on fait, aujourd'hui, tout autant sinon plus appel aux matériaux discursifs (discours) et aux approches qualitatives

pour tenter de mieux comprendre les processus à l'œuvre dans la dynamique psychique, interactionnelle ou sociale. » (Paillé et Mucchielli, 2003, p.5) Ainsi, la nature des données à recueillir a imposé, en quelque sorte, l'usage de la méthode qualitative.

De plus, le type de question de recherche soumise à l'étude conduit vers des méthodes de type qualitatif. Nous ne cherchions pas à valider une hypothèse, mais plutôt à étayer une proposition et à explorer ses possibilités d'expression. «Les chercheurs qualitatifs utilisent les propositions de la même façon qu'ils utilisent la théorie, soit comme un point de départ et non comme un point d'arrivée.» (Deslauriers et Kérésit, 1997, p. 95) Dans cette optique, le devis de type qualitatif soutient l'idée d'une recherche ouverte aux propositions nouvelles pouvant émerger des données recueillies. Sans jeu de mots, l'objectif de la recherche n'est pas de dénombrer ou d'exprimer une relation de cause à effet, mais bien, de qualifier ces récits et d'en retracer les fondements de manière plus détaillée.

Enfin, la nature itérative de la méthode qualitative est une caractéristique des plus séduisantes. Collée sur la matrice de données, elle permet et encourage à revisiter le cadre d'analyse préalable et peut entraîner l'émergence de perspectives divergentes de la problématique de départ.

Alors que l'approche hypothético-déductive pose comme primordiale la définition de l'objet de recherche et que le devis est la mise en place d'un appareillage technique pour le cerner, la recherche qualitative présente un caractère itératif et rétroactif : on y rencontre la simultanéité de la collecte de données, de l'analyse (encodage et catégorisation, conceptualisation) et de l'élaboration de la question de recherche, ce que d'aucuns ont appelé le modèle d'adaptation continue. (Deslauriers et Kérésit, 1997, p. 106)

Toutefois, nous n'aborderons pas notre objet de manière purement itérative, donc, ce n'est pas de la théorisation ancrée. Nous avons profité, simplement, de la souplesse

caractérisant la recherche de type qualitatif qui préconise l'élaboration d'un cadre d'analyse de type propositionnel pouvant être revisité tout comme elle a permis le resserrement de notre problématique suite à notre travail terrain. Enfin, nous avons collecté les données via des entrevues semi dirigées individuelles. Celles-ci ont lieu dans un endroit choisi par le participant afin de faciliter la révélation de soi. Toutefois, nous devons limiter les possibilités selon des paramètres éthiques. D'une part, il nous a fallu nous assurer que celles-ci respectent la confidentialité. D'autre part, nous avons dû tenir compte de la réalité technique reliée à la procédure d'enregistrement. Ainsi, une entrevue a eu lieu dans un bureau d'université, une autre s'est tenue dans un restaurant et pour les autres, elles ont tous eu lieu au domicile des personnes interviewées.

3.3 L'échantillonnage

Au départ, nous estimions avoir besoin de quatre personnes auprès desquelles nous ferons trois entrevues pour chacune d'elles. Miles et Huberman (2003) nous rappellent que l'échantillonnage est un procédé visant la délimitation du champ où nous recueillerons nos données. À des fins de délimitation d'un terrain, nous devons réfléchir et « orienter » nos choix afin que notre échantillon soit représentatif de ce que nous avançons en tant que phénomène. Ainsi, notre souci n'était point la représentativité au sens statistique du terme, mais plutôt la représentativité théorique issue du propos. Dans la typologie développée par ces auteurs, ce type d'échantillonnage « cherche à trouver des exemples d'un construit théorique et ainsi à élaborer ce construit et à l'examiner. » (Miles et Huberman, 2003, figure 2.6, p. 60) En ce sens, nous avons recherché des personnes capables de se raconter et qui avaient un vécu significatif avec des services psychiatriques. Par conséquent, nous avons opté pour un échantillon non probabiliste et orienté. Ce dernier a été orienté par des critères qui assurent une homogénéité nécessaire et est basé sur un raisonnement structurant les construits possibles en provenance des données. Au final, nous avons

rencontré six personnes et effectué trois entrevues auprès de chacun pour réaliser notre mémoire.

L'un des premiers critères utilisé au moment de la construction de l'échantillon était d'être une personne de plus de dix-huit ans, résidant dans une ressource d'hébergement ou utilisant les services d'un organisme communautaire œuvrant auprès des personnes ayant un problème de santé mentale. Ceci nous a assuré d'une variété d'individus provenant de différents établissements de santé. Ainsi, nous étions assurées d'une variété de narratifs concernant les soins reçus en psychiatrie. Une seule des personnes rencontrées, un cas atypique, n'était pas reliée à un organisme communautaire. Un autre critère d'importance était celui d'avoir reçu un diagnostic formel d'un trouble de la santé mentale et ce, peu importe la nature du diagnostic. Notre intérêt théorique n'était pas en lien avec la catégorie diagnostique en soi, mais bien comment celle-ci joue sur la perception de soi-même et se répercute dans l'interaction sociale. Donc, peu importe l'attribut, c'est le processus d'assimilation de l'attribut en des termes identitaires que nous souhaitons examiner.

Un autre aspect qui a été considéré était le critère de stabilité au plan clinique. Les impératifs liés au fait de se raconter nécessitent que l'on soit suffisamment stable afin d'y parvenir. Ainsi, toute personne répondant au critère de stabilité clinique était une personne n'ayant pas connu de décompensation depuis plus d'un an. De plus, cette personne devait être suivie et respecter le traitement prescrit et ce dernier ne devait pas avoir été modifié pendant l'année en cours. Enfin, le dernier élément garantissant la stabilité est que la personne n'ait pas été hospitalisée en psychiatrie depuis, au minimum, un an. Rappelons que nous recherchions une certaine capacité à se raconter afin de nous assurer d'une certaine qualité de données, nous avons besoin de rencontrer des personnes aptes à prendre le recul nécessaire face aux épisodes de soins reçus constituant leurs narratifs expérientiels. Les personnes rencontrées n'avaient pas été hospitalisées depuis, en moyenne, treize ans et il n'y avait eu aucune

modification du traitement depuis plusieurs années. Même si la mémoire des faits n'était pas toujours au rendez-vous, toutes les personnes rencontrées ont été en mesure de prendre un recul suffisant face à leur expérience.

Un autre critère, un peu évident, s'intéresse à la capacité de la personne à communiquer minimalement sur son parcours psychiatrique. Comme nous l'avons mentionné précédemment, il fallait être en mesure de se raconter et d'exprimer son histoire concernant les services de soins ayant été utilisés, mais aussi d'en relater le vécu tant au plan émotif qu'au niveau des effets que ces événements ont eu. De ce fait, partager un vécu de nature psychiatrique requiert une habileté à communiquer afin que le message délivré soit compréhensible et intelligible pour le chercheur. En ce sens, certaines pathologies psychiatriques ont des impacts cognitifs pouvant faire barrage à la capacité de communiquer. L'ensemble des participants rencontrés avait cette capacité, cependant la volubilité était variable. Ainsi, nous avons dû user de certaines stratégies afin de «stimuler» leur mémoire.

Un autre critère en importance ayant orienté l'échantillonnage était relié au fait que nous travaillons au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM Notre-Dame) à titre de travailleuse sociale à la clinique ambulatoire de psychiatrie au sein du programme de la psychose, et ce, depuis plus de 5 ans. Afin d'éviter tout biais éthique, nous avons choisi des participants n'ayant pas reçu de suivi psychiatrique à l'hôpital Notre-Dame du CHUM au programme de la psychose, et ce, depuis le mois de juillet 2007. Finalement, nous recherchions des personnes ne faisant pas l'objet d'un régime de protection. Aux égards de considérations déontologiques, le consentement éclairé ne peut être obtenu directement auprès de ces personnes. Un tiers doit le faire à cause de leur inaptitude. L'exclusion de ceux-ci n'entraîne pas de conséquence sur la représentativité théorique recherchée.

Les motivations derrière chacun de ses critères reposent sur un choix raisonné visant à assurer une certaine homogénéité, mais également à garantir la validité des données qui seront recueillies. Enfin, Miles et Huberman (2003) affirment que même les « paramètres d'échantillonnage reposent sur notre cadre conceptuel » et que nous serons appelés à revisiter ce dernier tout au long de la cueillette de données. Ainsi, il nous faut voir les critères raisonnés comme un point départ et orientant notre enquête terrain dans une certaine direction. Au fil de la démarche, il fallait prévoir leur possible modification, même si cela n'a pas été le cas. L'unique modification ayant été d'intégrer un cas hors de notre champ d'échantillonnage afin de mettre en perspective les données.

3.4 Le recrutement et les aspects éthiques reliés.

Afin de répondre à des impératifs éthiques concernant la notion de consentement libre et éclairé, nous nous sommes assuré que la participation des personnes était exempte de toute pression relative à la figure d'autorité que les intervenants communautaires représentent pour eux. Nous avons demandé aux intervenants de remettre une lettre d'invitation aux résidents correspondant aux critères choisis. Ainsi, les résidents des appartements supervisés de l'organisme communautaire ciblé ont reçu une invitation écrite livrée dans leur boîte postale par les intervenants. En ce qui concerne les utilisateurs du centre de jour, la lettre d'invitation a été remise personnellement par des intervenants.

Par économie de temps et afin de s'assurer de la compréhension des critères reliés à l'échantillonnage, nous avons effectué une rencontre auprès des intervenants des milieux de vie ciblés (appartements supervisés et centres de jour). Ainsi, ils étaient en mesure de dégager, de l'ensemble des personnes auprès desquelles ils ou elles interviennent, les individus qui correspondaient aux critères et qui pourraient participer à la recherche. Aussi, lors de cette rencontre, les intervenants ont été avisés

de ne pas tenter de convaincre les personnes, simplement de remettre la lettre. Cette indication visait à favoriser chez le participant le consentement libre, éclairé et évitait toute forme de pression potentielle. Il est vrai que les intervenants sont des personnes influentes auprès de celles usant de leurs services. En contrepartie, le profil de clientèle interviewée et la nature du lien qu'ils entretiennent avec les intervenants devenaient un passage nécessaire afin d'apaiser l'anxiété tout en favorisant un consentement éclairé. Toutefois, la procédure de recrutement utilisée a réduit l'influence directe des intervenants sur les participants à la recherche.

De cette façon, la confidentialité et l'anonymat des personnes ont été préservés puisque les intervenants n'ont pas su quelles personnes ont accepté de participer. Cependant, nous avons été informés que certains participants ont décidé de leur en faire part. Ainsi, les personnes intéressées à participer à la recherche ont été libres de nous contacter, et ce, de manière confidentielle. Ce souci de confidentialité a été présent lors de la détermination de l'endroit où le participant choisissait de nous rencontrer. Un seul entretien a eu lieu dans un lieu public, un restaurant. La personne tenait à ce que la rencontre ait lieu près de chez elle et dans un espace qu'elle connaissait.

Nous avons poursuivi les efforts visant l'obtention d'un consentement libre et éclairé lors de notre premier contact téléphonique. Selon le lexique proposé par Henri Lamoureux, « un consentement doit être libre et éclairé c'est-à-dire qu'il doit être accordé sans pression et en pleine connaissance des conséquences. » (Lamoureux, 2003, p. 232) Dans cette optique, nous avons avisé les personnes qu'il n'y a aucune obligation à la participation et aucune conséquence ou rétribution associée à cette participation ou à son absence: c'est à titre volontaire. Enfin, la confidentialité et l'anonymat des personnes choisissant de participer ont été préservés et les intervenants n'ont pu savoir qui avait choisi de participer. Sauf, si le participant le lui disait, ce qui s'est produit à quelques reprises.

La question des risques et conséquences de la participation à une recherche sont un des éléments importants associés à la notion de consentement libre et éclairé. Outre l'explication brève et synthétique qui a été utilisée dans la lettre, la conversation téléphonique auprès de la personne visait aussi à l'informer sur la problématique et à répondre à ses questions afin de s'assurer que son engagement s'effectuait de manière éclairée et que le cadre de la recherche était respectueux de ses valeurs. En matière de risque, cette recherche vise à recueillir auprès des personnes leurs impressions et perceptions concernant leur trajectoire psychiatrique. Il est possible que de se raconter ait pu réactiver des souffrances passées ou exacerber la symptomatologie présente chez la personne interrogée. Notre sensibilité clinique acquise par notre expérience professionnelle auprès de ces personnes devait guider nos entretiens et nous permettait de recommander la personne à son intervenant pour qu'il puisse obtenir son soutien si nous percevions des indicateurs de désorganisation ou une charge émotive difficilement gérable pour le participant. Par notre pratique professionnelle, nous détectons les zones trop sensibles chez une personne et nous connaissons les écueils à éviter pour ne pas désorganiser celle-ci. Toutefois, nous reconnaissons que nous ne pouvions prendre en charge le participant si son état se détériorait. Dans un tel contexte, nous devions assurer une liaison avec l'intervenant afin qu'il puisse soutenir le participant. Enfin, au moment de l'entrevue, nous nous assurons que l'intervenant de la personne est au travail. Rappelons qu'afin de minimiser ce risque, nous avons tenu compte de cette éventualité par nos critères d'échantillonnage ; c'est ce que nous entendions par stabilité clinique. D'ailleurs, aucun risque anticipé ne s'est concrétisé lors des entrevues. La stabilité au plan clinique était atteinte depuis bon nombre d'années pour la majorité des participants.

Dans un autre ordre d'idée, le participant a retiré un certain bénéfice à prendre part à notre recherche. De savoir que son point de vue, concernant sa réalité, peut être entendu et analysé en dehors d'un cadre d'évaluation psychiatrique a été identifié par

certains comme un bénéfice potentiel. Pour d'autres participants, c'est la contribution afin d'améliorer la perception sociale concernant les personnes ayant des problèmes de santé mentale qui a motivé leur participation et qui était significative pour eux. Cette participation semble avoir été un facteur d'estime de soi ayant favorisé l'acceptation de son vécu. En plus de procurer au participant un élément de valorisation, le processus d'entrevue lui permet de contribuer à sa mesure à l'avancement des connaissances en matière de santé mentale.

Lamoureux souligne que

La règle du consentement libre et éclairé porte en corollaire un certain nombre d'obligations qui touchent la sollicitation des sujets de la recherche, la vulgarisation du langage scientifique pour faciliter la compréhension des termes parfois hermétiques, l'importance d'accorder aux personnes le temps de prendre leur décision et, finalement la possibilité pour elles de se retirer en tout temps du projet. (Lamoureux, 2003, p.187)

La conversation téléphonique auprès de la personne intéressée a offert l'opportunité à cette personne de bien mesurer les conséquences potentielles, de nous interroger sur les modalités afin de préserver la confidentialité, de s'assurer de son anonymat, de présenter la problématique en langage clair et adapté à son niveau de compréhension et de réitérer qu'à tout moment tout participant peut mettre fin à sa participation sans aucunes représailles éventuelles. De plus, le participant a été informé que les entretiens seraient enregistrés en format audio. À la fin de l'échange téléphonique, nous avons offert un temps de réflexion et avons fixé un autre rendez-vous téléphonique afin d'obtenir sa réponse. L'ensemble des personnes recrutées a accepté lors de la conversation téléphonique de participer. Ainsi, nous avons obtenu leur consentement oral et nous avons planifié notre premier entretien. Les personnes ont affirmé qu'un temps de réflexion n'était pas nécessaire.

Enfin, lors d'un premier entretien, nous avons remis le formulaire de consentement écrit. Nous avons invité les participants à le lire et le signer. Ils ont tous accepté de le signer, et ce, sans aucune argumentation. Il nous faut préciser qu'en santé mentale, certaines personnes souffrant de troubles paranoïdes refusent systématiquement de signer un consentement écrit. Nous avons donc prévu de leur offrir de le faire sous forme orale et de l'enregistrer. Il était aussi plausible que même l'enregistrement vocal nous soit impossible en considérant l'aspect paranoïde. Selon notre expérience de terrain, il est préférable de ne pas insister lorsqu'il y a méfiance. Argumenter ou sur expliquer ne peut qu'exacerber cet état. Dans les faits, aucune de ses appréhensions ne s'est matérialisée

3.5 La collecte de données

Nos données ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi dirigées. L'enregistrement de l'entrevue a été effectué à l'aide d'un téléphone intelligent. Nous avons pris des notes suite à chacune des entrevues qui prenaient la forme parfois de commentaires ou de propos que nous souhaitions approfondir lors des prochains entretiens. Ensuite, nous avons transcrit les données audionumériques afin d'en obtenir les verbatims. Les verbatims des entrevues et nos observations notées suite à ces dernières constituent nos principales sources de données. Ensuite, afin de préserver la confidentialité et le droit à la vie privée, nous avons effectué le maquillage des lieux, des noms et personnes rapportés par chacun des participants lors de la transcription des entretiens.

Toutefois, nous avons circonscrit le terrain à explorer afin de nous assurer de couvrir les items nécessaires ou associés à nos propositions théoriques préalables. Pour assurer une certaine direction à nos entretiens, nous avons utilisé une grille de thèmes à couvrir au cours de ceux-ci. Jean-Claude Kaufmann affirme que cet exercice devient un outil indispensable favorisant l'échange, mais surtout l'engagement du

participant dans le processus d'entretien. « C'est un simple guide, pour faire parler les informateurs autour du sujet, l'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions tout en restant dans le thème. » (Kaufmann, 2007, p. 45) Ainsi, nous avons utilisé cette grille des principaux thèmes à aborder lors des entretiens dans l'optique de ne pas nous enfermer dans des questions précises afin de préserver cette idée d'une « conversation ».

Nous avons prédéterminé trois principaux thèmes que l'entretien devait couvrir. Associé à la notion de narratifs, chacun d'eux visait à orienter la conversation selon trois périodes : l'histoire de vie avant la maladie, ensuite le parcours psychiatrique et enfin, le quotidien du psychiatisé. Quels sont les narratifs traversant cette période antérieure au problème de santé mentale évoquant le sens de l'expérience vécue par la dynamique familiale, le cheminement scolaire et les expériences de travail? Bref, quelles sont ses histoires autour des rôles sociaux associés à cette époque révélant le jugement normatif intégré par le participant? En ce qui a trait au parcours psychiatrique, quels sont les narratifs associés aux rencontres médicales ayant, en quelque sorte, déterminé la nature du problème de santé mentale associé au vécu du participant? Comment son entourage immédiat a-t-il été impliqué au cours de cet épisode de sa vie? Quels sont les narratifs de ses relations avec le personnel médical? C'est en somme, la construction de sens autour de cet épisode de sa vie où il a reçu à la fois un diagnostic et les soins lui étant associés. Donc, ajouté à la notion de narratif, celle du stigma fait son entrée. La dernière période à circonscrire concerne le quotidien du psychiatisé. Nous avons recherché une reformulation, soit le narratif du vécu au quotidien évoquant l'effet de cette stigmatisation et d'autre part l'implication des passages par la psychiatrie dans sa relation aux autres, à son mode de vie et à ses activités dans la vie de tous les jours. Comme nous le rappelle Shütz dans cet extrait du *Chercheur et le quotidien*, notre tâche tout au long de cet entretien : « ... revient à accepter naïvement le monde social avec tous les alter ego et institutions qui s'y

trouvent comme un univers signifiant pour l'observateur, dont la tâche scientifique consiste à décrire et à expliquer les expériences que lui-même et ses co-observateurs peuvent en faire. » (Schütz, 1960, p.92)

3.6 L'analyse de données

Comme nous le rappelle Kaufmann, le processus de retranscription à l'écrit fait du travail de « traitement des données quel qu'il soit ... toujours un travail de réduction de la complexité du réel... » (Kaufmann, 2007, p. 76). Nous nous sommes retrouvées, suite à la transcription écrite, devant un ensemble de mots que nous avons par la suite organisés selon les principaux thèmes énumérés ci-haut. Une première activité a été de constituer un portrait descriptif de chacun des participants de style démographique. Ensuite, nous y avons ajouté les éléments spécifiques afin de représenter de manière synthétique les critères associés à notre échantillonnage. Une fois cette étape réalisée, nous avons amorcé l'activité d'analyse de données de type thématique. Paillé et Mucchielli définissent l'analyse thématique comme une « transposition » d'un corpus de données en un « certain nombre de thèmes représentatifs de contenu analysé. » (Paillé et Mucchielli, 2008, p.162) Nous avons effectué plusieurs lectures des transcriptions visant à regrouper les propos issus selon les trois grandes catégories : histoire avant la maladie, le parcours psychiatrique et le quotidien du psychiatisé.

De plus, l'analyse thématique a assumé une double fonction.

La première fonction concerne le travail de saisie de l'ensemble des thèmes d'un corpus. La tâche est de relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau à l'étude. La deuxième fonction va plus loin et concerne la capacité à documenter l'importance de certains thèmes au sein de l'ensemble thématique, donc de relever des récurrences, des regroupements, etc. (Paillé et Mucchielli, 2008, p.162)

Par conséquent, au fil des transcriptions de chacun des entretiens, du regroupement

des données selon notre plan de division thématique présenté auparavant, nous avons dans un processus visant à la fois à regrouper certains items, mais aussi à créer des catégories dont l'objectif est de faire parler celles-ci selon les orientations de notre recherche, mais aussi en cohérence avec le cadre théorique préétabli. Il faut nous rappeler que cette méthode d'analyse repose sur un procédé itératif, c'est-à-dire un mouvement de va-et-vient permettant de revisiter la problématique et ce même cadre théorique. Ainsi, l'analyse thématique doit à la fois être orientée par les prémisses de départ proposées par la problématique et le cadre théorique tout en permettant d'en raffiner leur contenu de par les données compilées et regroupées. Enfin, c'est un travail en progression; un réel *work in progress* que d'effectuer une analyse de données de type thématique. Nous avons rencontré quelques problèmes, mais au final nous avons réussi à tirer de nos données certaines récurrences. Cependant, elles n'ont pas la profondeur théorique que nous avions escomptée.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente le résultat de la collecte de données. Après une description des participants à l'étude, leurs récits recueillis lors des entrevues sont présentés selon trois grandes divisions dans le temps. Premièrement, qui étaient-ils avant la maladie ? Comme enfant, comme étudiant, comme employé, mais aussi, qui étaient-ils au sein de leurs familles et de leurs réseaux sociaux ? Ensuite, nous aborderons l'histoire de la maladie mentale associée à la prise en charge institutionnelle de cette dernière en exposant le récit du parcours psychiatrique. Enfin, la dernière division temporelle repose sur leurs explications de l'influence de leurs pathologies dans leur quotidien. Comment ils entretiennent au quotidien ce stigmate pathologique dans les transactions de la vie de tous les jours.

Afin de préserver la confidentialité, lors de l'illustration par des propos recueillis, nous userons du masculin. Par souci de précision, nous utiliserons une formulation à l'indicatif présent ou à l'imparfait pour ce qui est de la présentation des données. Rappelons que cette recherche ne vise pas une représentativité au sens quantitatif, mais bien une représentativité au plan théorique. Les propos des participants qui sont présentés ont été sélectionnés parce qu'ils représentaient bien l'idée soutenue aussi par d'autres personnes interrogées. Tout au long de ce chapitre, l'utilisation des guillemets indique que les mots sont ceux employés par les personnes interviewées.

4.1 Portrait des participants

Commençons en brossant un portrait rapide des participants. Ce premier portrait, construit à l'aide de nos notes et d'impressions générales, est bien sûr subjectif. Il s'agit d'impressions générales. En annexe 4 un tableau présente des données plus

précises sous forme de tableau. Nous aurions aimé disposer de plus de temps afin de soumettre ces portraits à l'approbation de chacun. Cette étape n'a toutefois pas été réalisée.

Nadia est une femme âgée de 51 ans et réside en appartement supervisé; cheveux foncés, le regard parfois absent. Un appartement blanc, simple et relativement bien rangé. Un éclairage naturel. Le bruit du réfrigérateur en fond sonore tout au long des enregistrements. Nous avons réalisé trois entretiens de près de soixante minutes avec Nadia. Réservée, elle nous semble parfois ralentie dans ses processus de pensée. Du moins, ceux-ci semblent difficiles, voire même fastidieux. L'accompagner dans sa recherche de souvenirs a été une tâche longue et pénible se concluant trop souvent par un «je ne sais pas». Elle répond brièvement dans un certain souci d'exactitude. Le fatalisme lié à un cancer semble l'avoir beaucoup plus perturbée; la mort comme possibilité, une certaine reconnaissance dans sa famille de sa vraie maladie, celle dépassant le fardeau de la maladie mentale. Son quotidien est routinier et marqué par les demandes de Tigresse, sa chatte, qui la suit partout. Parfois, les explications semblent des calques, présentés comme une évidence à ses yeux et qui se passent de détails. Le silence marque le temps qui passe. Parfois, elle nous demande de reprendre une question. Souvent son silence provoque en nous une réponse probable, un besoin de le combler par nos mots. L'histoire familiale reste nébuleuse comme si elle était prise dans un brouillard mnésique dont il est impossible de dissiper l'effet. Pourtant, elle arrive à la qualifier de douloureuse et décrit des relations abusives et violentes. Nadia a quatre sœurs et deux frères. Ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait 13 ans : un mal pour un bien selon elle. Chacun de ses parents a refait sa vie. Son réseau social actuel se compose essentiellement des autres résidents des appartements supervisés qu'elle fréquente grâce au local communautaire. Au plan affectif, Nadia a entretenu des relations amoureuses suites à ses hospitalisations où elle y rencontrait des personnes et lors de son congé, elle quittait pour faire sa vie avec eux. Les ruptures amoureuses coïncident avec des hospitalisations. Elle n'a pas

été hospitalisée depuis plus de vingt ans. Elle est toujours suivie en clinique externe de psychiatrie et vit une période de stabilité : une routine saine.

Nous avons rencontré Ariane, âgée de 72 ans et qui habite en appartement autonome adjacent à des appartements supervisés. Pour l'entrevue, Ariane est venue à notre rencontre dans un bureau. Avec sa voix menue, elle est réservée, courtoise, à la limite de l'effacement. Ariane est humble, elle se dit simple et affirme aimer la vie. Avec un regard doux et furtif, elle nous donne parfois l'envie de la secouer afin de briser sa monotonie! Ce que le langage de la thérapeute appellerait un effet du contre-transfert. Ses réponses sont brèves et comportent peu de construction élaborée; elle développe peu son vécu : elle l'a vécu. Par rapport à son problème de santé mentale, Ariane dit préférer ne pas nécessairement savoir de quoi il en retourne, elle prend sa médication. Son psychiatre lui a recommandé donc, elle la prend. Elle dit recevoir, en participant à la recherche une certaine gratification. Le travail a été pour elle le rôle social le plus important qu'elle a occupé. Elle œuvrait à titre de préposée aux bénéficiaires pour une agence privée en soins infirmiers. Lors de notre premier entretien, Ariane nous offre une rose rouge : moyen qu'elle avait imaginé afin que je puisse l'identifier. Nous avons fait deux entrevues avec Ariane pour une durée totale de deux heures. Comme nous avons mentionné plus haut, plusieurs tentatives ont été faites, plusieurs stratégies ont été utilisées afin de faire émerger récit de son vécu; sans résultat évident. Nous avons préféré ne pas insister et respecter son silence; ce qui nous semble avec le recul avoir été respectueux de sa personnalité. Une histoire familiale tranquille : sa mère était une femme au foyer, son père un policier. Elle a deux frères dont un est décédé et une sœur, décédée également. Elle affirme qu'ils « s'accordaient bien, on s'aimait bien, il n'y avait pas de dispute entre nous. » Au plan affectif, elle a vécu une longue histoire d'amour avec une des personnes pour qui elle avait été engagée à titre de préposée aux bénéficiaires. Suite à son décès, elle éprouve une forme de désorganisation au plan social qu'elle décrit par des pertes successives : perte de son appartement parce qu'elle n'avait plus les moyens de payer,

perte de tous ses biens et meubles. Elle repart à zéro dans un logement plus modeste. Ses parents décédés et ne voulant pas déranger son frère avec ses difficultés, Ariane dit avoir eu peu de personnes vers qui se tourner. Suite à un conflit avec une résidente de son nouvel appartement, elle se retrouve hospitalisée en psychiatrie pour une première fois à l'âge de 65 ans. Ce qui sera l'unique épisode de soin qu'elle connaîtra. L'histoire de soin d'Ariane peut sembler sans histoire, elle est toujours suivie en clinique externe de psychiatrie.

Avec sa chevelure d'un blanc argenté, Guylaine est une femme de 65 ans qui vit en appartement autonome avec un suivi relais. Elle me rencontra au restaurant du coin et me demanda le soir de la conduire chez elle parce qu'elle redoutait les agressions. Guylaine nous est apparue comme une dame assumée, franche et sympathique. Ayant un sens de l'humour plutôt tranchant et surtout le rire ironique facile, elle montre une belle sensibilité. Aussi, Guylaine revendique : une erreur sur son statut qui pour elle se traduit par l'absence d'explications sur son diagnostic. En absence de lien familial supportant, Guylaine se rendait dans des réunions des alcooliques anonymes afin de trouver accueil et écoute sans jugement! Guylaine a connu des déboires dans le système hospitalier. Elle se fait un point d'honneur de relever le principal préjugé envers les personnes ayant un problème de santé mentale : le tabou social ou l'impossibilité d'être différente. Issue d'une fratrie de 9 enfants, son père semble la figure parentale bienveillante, mais autoritaire. Sa mère est décrite comme indifférente et parfois même violente. Ses souvenirs de vie de famille sont truffés de conflits et d'enjeux de pouvoir : « je ne pouvais pas inviter des amis, c'était interdit chez moi. » À son époque, les connaissances n'étaient pas ce qu'elles sont aujourd'hui. Au plan affectif, elle a partagé sa vie avec principalement avec deux hommes : une relation cachée parce que l'homme en question était déjà engagé et un autre qu'elle a connu pendant l'une de ses hospitalisations. Aujourd'hui, elle vit en couple avec un homme dans une relation basée sur un support mutuel. Ses études élémentaires ont été faites avec facilité à ses dires : elle se décrit comme une

« bolle ». Guylaine affirme avoir tout appris dans les livres plus que sur les bancs d'école. Son contexte familial l'a poussée vers le marché du travail loin de son village vers la fin de l'adolescence. Ses nombreuses hospitalisations ont constitué une contrainte sévère à l'emploi. Nous l'avons rencontré à trois reprises dans le même restaurant pour un total de plus de cinq heures d'entretien.

Bertrand, âgé de 56 ans, a eu des ennuis au cœur à l'époque de la recherche. En apparence revendicateur, l'erreur médicale marque aussi son récit. Affirmant être victime d'une erreur médicale, d'une imposition de choix quant à son genre, Bertrand reste aigri vis-à-vis le système de soins. Il vit en appartement supervisé depuis près de 20 ans. Son appartement est rempli de morceaux de décor qui font allusion à l'Alliance. Une croyance affirmant que Bertrand est un être élu par ceux-ci pour venir étudier la race humaine afin d'en consigner les secrets. Une «folle» contradiction quand on voit sa manière de vivre au quotidien. Un peu comme une division entre deux rôles. Confiné à un corps d'homme, Bertrand affirme qu'il aurait eu envie de choisir son sexe dû à son hermaphrodisme. Pour Bertrand, il reste une femme en lui. Il a sombré dans l'alcoolisme et la drogue dure, un détour ensuite par la psychose et la dépendance pour finalement cesser de consommer et de lutter contre la vie. Aujourd'hui, Bertrand a créé avec un de ses voisins une entreprise d'entretien ménager et menus travaux afin de répondre à une demande. Il a le sens des affaires! Nous le qualifierions aussi de volubile et d'expressif. Une histoire d'enfance digne d'un scénario de cinéma : son père a été abattu devant lui pour une dette de jeu. D'origine autochtone, sa vie sur la réserve a été interrompue par un placement par la Direction de la protection de la jeunesse. Sans contact avec sa mère et sa sœur depuis l'enfance et ayant subi de nombreux placements, Bertrand se décrit comme un adolescent n'ayant eu d'autre choix que de jouer au dur! Performant au plan académique, Bertrand a cessé d'étudier en seconde année du collégial. Nous avons réalisé trois entretiens avec lui, chacun ayant duré plus d'une heure et demie. Nous

avons eu à quelques reprises à recadrer Bertrand par des questions à cause d'une forte tendance à prendre des tangentes interminables.

Jenny, âgée de 35 ans a un regard profond qui trop souvent se perd dans un mode aérien. Jenny cherche les traces de l'exactitude servant son propos. Elle aussi vit dans un appartement supervisé qui, à première vue, peut sembler négligé. Pourtant, il regorge de couleur et de vie. Animée par un goût du dépassement, Jenny peint, travaille et étudie, elle performe socialement... en apparence. Le passé de Jenny est lourd, elle a été admise dans un hôpital dès l'adolescence, endroit où elle a résidé et a été scolarisée. Aujourd'hui, elle est assise de nouveau sur les bancs d'école, rêvant de devenir une intervenante. Une jeune femme pétillante dont les états d'âme symbolisés éclaboussent les murs sous le feu de ses toiles. Elle peint! Au premier coup d'œil, Jenny semble munie d'un tempérament artistique; une énergie créatrice définissant ses choix. Jenny semble être une femme allumée, sur la vie, sur les tenants et les aboutissants de sa maladie et sur l'ensemble des possibles qui s'offre à elle, et ce, malgré sa maladie. Ses récits sont imprégnés du désir de vaincre l'adversité, d'être acceptée tel qu'elle est et surtout, réussir sa vie. Selon Jenny, on ne parle pas suffisamment des problèmes de santé mentale. Elle a connu ses zones d'ombre, a eu un penchant pour l'alcool qui l'a conduit à devoir contrôler ses conduites. Jenny s'ouvre à la rencontre et accepte les risques de l'incertitude. Une vie affective active, des relations familiales clivées : parents séparés obligeant! Jenny entretient une relation privilégiée avec son frère aîné et sa mère. Toutefois, ses rapports à son père et sa belle-famille sont décrits comme plus chaotiques. Jenny affirme être une déception pour son père et se sentir peu soutenue par ce dernier. Trop vite, nous aurions pu croire que nous nous connaissions déjà depuis des lustres. Nous avons effectué trois entrevues auprès de cette participante pour une durée de près de 5 heures. Jenny reçoit également un suivi en clinique externe.

Mathias représente le cas atypique de l'échantillon. Il est âgé de 35 ans, marié et père d'un adorable garçon de 4 ans. Le regard bleu, profond et intense, Mathias est agile avec le verbe et possède tout un sens de la répartie. Il vient à notre rencontre dans un appartement. Souvent, Mathias répète les questions comme une manière de se valider et démontre un souci du détail peu commun. Mathias peine à nous émettre le sens de son expérience, son « bagage » émotif semble avoir fait l'objet d'une profonde introspection et d'une somme imposante de réflexion. Membre d'une famille nucléaire : il a un frère aîné. Ses parents sont divorcés et il se retrouve depuis à côtoyer des belles-mères, mais moins de beaux-pères. Mathias décrit une figure paternelle autoritaire, il partage avec ce dernier un certain goût pour la taquinerie. Il décrit une mère cherchant la fusion avec son fils et un fils qui, lui, cherche à mettre des limites dans l'intensité du lien. Souvent, dans ses propos, nous percevons qu'il cherche à la « ménager », à épargner son cœur de mère. Il est passé par les soins hospitaliers régionaux. Mathias a déménagé pour joindre la mouvance montréalaise à la poursuite de ses projets : le théâtre, la communication. Il reconnaît, dans une certaine mesure, son problème de santé mentale, ses difficultés à gérer l'aspect thymique des choses. Passager d'abord, capitaine ensuite, Mathias navigue entre plusieurs stratégies d'adaptation afin de poursuivre son chemin avec comme adversaire son diagnostic. À première vue, Mathias est un « original » de par son apparence de bohémien, artiste de théâtre. Au fil de son histoire, les mots s'enchaînent à la vitesse grand V ; comme si le flux des idées était pour s'envoler ! Mathias rêve, crée, il inspire profondément. Il cumule les rôles ; celui de père, de mari, d'ami, de bâtisseur, de créateur, de directeur, de concepteur de décor, d'écrivain. À l'interface du social, Mathias a créé son emploi en résonnance avec ses aspirations, mais surtout sur ce principe : être son propre boss ! Les épisodes de soins restent des empreintes et marquent une forme de rite de passage du soi. Conscient des images sociales qu'évoque le diagnostic, Mathias reste convaincu qu'il peut dompter la bête, la contraindre à sa volonté. Du moins, il reste à l'écoute de ses difficultés et prend les moyens pour composer avec ceux-ci : une certaine routine de

vie, un retrait vers le vide de la solitude, un repli stratégique afin de se refaire une santé. Avec Mathias, nous avons effectué deux entrevues de plus de deux heures chacune ce qui confirme une certaine fluidité dans les propos.

4.2 L'histoire antérieure à la maladie : une réinterprétation à la lumière de la maladie

Nous remarquons que l'exercice de retourner en arrière fut souvent périlleux pour les participants. Cherchant à être fidèles à une certaine chronologie, la plupart des participants ont réussi à élaborer sur leur vécu familial, sur leur parcours scolaire et d'emploi. Pour d'autres, la mémoire des faits et des actions semblent ne pas être au rendez-vous. L'une des personnes interviewées explique que si elle se souvient de quelque chose « c'est que c'est un bon souvenir parce que sinon je n'ai pas de souvenirs du tout de mon enfance. Ça s'arrête à l'âge de 13 ans, je me rappelle plus ce qui s'est passé ». (Nadia) Ainsi, la séquence temporelle de l'histoire antérieure à la maladie mentale n'est pas toujours fiable du point de vue chronologique.

4.2.1 Le vécu familial

Selon les narratifs élaborés par les six participants, la dynamique familiale avant la maladie prend une signification particulière. Ainsi, parmi les personnes interrogées, cinq font état d'événements à caractère « violent » où il y a une significative prise de pouvoir sur eux par l'un des parents. Les événements décrits font état de violence verbale et physique. Par exemple, Guylaine raconte comment son père pouvait parler d'elle à un autre interlocuteur : « la chienne à ma grand-mère ». D'autres qualificatifs à caractère disgracieux punctuaient son récit. Un autre participant raconte l'assassinat de son père devant ses yeux pour une dette de jeu lorsqu'il était âgé de 9 ans. (Bertrand) Pour d'autres se sont des récits d'abus physiques, « toute petite on a eu droit à la strappe » (Nadia) ou la mère de Guylaine qui lui « lance son fer à

repasser » au visage. Afin de faire sens de ces différents récits, nous les avons regroupés sous la catégorie : vécu familial à caractère violent. Ainsi, cette séquence d'événements dans nos données propose deux catégories distinctes : le vécu familial à caractère violent et le vécu familial qu'on peut qualifier de plus « normal » puisque les narratifs n'évoquaient pas d'événement marquant. Une seule participante s'inscrit dans cette seconde catégorie. Son vécu semblait empreint d'une tranquillité. Comme Ariane le disait lors de l'entretien : « j'ai eu une enfance plutôt tranquille. »¹

De plus, derrière ses événements à caractère violent, un narratif concernant l'autorité parentale se développe, particulièrement au sujet du père. Chez les participants, nous remarquons que cette description du père s'effectue en comparaison avec à l'autre parent. Donc, la plupart d'entre eux utilisent des qualificatifs tel qu'« autoritaire » (Jenny), « exigeant » (Mathias) ou « strict » (Nadia) dans leur description de la figure paternelle par opposition à des qualificatifs suggérant une sensibilité, évoquant de la bienveillance en ce qui concerne la figure maternelle. Deux seuls récits divergent de cette description suggérant une bienveillance. L'un des récits décrit une sorte de complicité vis-à-vis l'agir violent du père de par la non-intervention de la mère. Ainsi, la mère est perçue comme impuissante face au père dans ses manifestations autoritaires. Nadia explique cette idée comme suit : « Il était exigeant et puis toute petite on a eu droit à la strappe et ma mère, elle ne pouvait rien faire parce que ... je ne sais pas pourquoi, mais elle n'est jamais intervenue par rapport à ça. »

De plus, la figure du père autoritaire engendre dans les récits recueillis un sentiment de peur ; un sentiment évoqué par la plupart des participants dans leur compréhension

¹ Notons que nous éprouvons un malaise à relater le vécu violent dans le détail, pour des questions éthiques, mais aussi pour éviter de tomber dans la perpétuation d'une étiquette encourageant la stigmatisation. Ces récits sont peu liés à l'objet de recherche voulant explorer les narratifs identitaires modulés par la détermination diagnostic. Cependant, nous ne pouvions taire l'existence de ceux-ci dans la fabrication de sens proposée par les participants quant à leur compréhension de leur vécu familial. Nous y reviendrons dans le cadre de l'analyse des résultats.

de l'effet de l'autorité sur eux : par anticipation, peur de se tromper, peur la communication avec le parent, peur de décevoir. Bref, il semble que le sentiment associé à ce contexte relève du registre de la peur. La peur de ce parent autoritaire, voire même une crainte de la réaction dans la communication, est un dénominateur commun dans le répertoire des narratifs relatant le vécu antérieur à la maladie.

Un autre thème récurrent est lié aux attentes relationnelles. Nous relevons, au travers des récits, que dans le «paysage de la conscience» de plusieurs des personnes interviewées l'un des parents était qualifié d'inadéquat dans sa manière d'agir en tant que parent. Ainsi, une des figures parentales ne correspondrait pas à leur définition de ce qu'aurait dû être, selon eux, un parent dit « normal ». Leur vécu expérientiel a fabriqué une représentation de ce qu'est un mauvais parent, représentation de laquelle il cherchent à se dissocier s'il devenaient parent à leur tour. Est-ce la marque d'un scénario commun internalisé ? Sauront-ils faire mieux ?

Certains partagent l'impression de ne pas correspondre aux attentes de l'un de leurs parents. Dans les narratifs recueillis auprès de certains d'entre eux, le fait de se sentir rejeté revient à avoir déçu l'un des parents. D'autre part, le fait d'être compris et perçu comme différent par leur parent, en se comparant aux membres de la fratrie, se traduit dans leurs narratifs, dans leur compréhension de leur vécu, comme ayant provoqué de la déception chez leur parent. Ils n'ont pas été à la hauteur de leurs attentes. Par exemple, Jenny évoque cette idée d'attentes parentales lorsqu'elle évoque les attentes de son père : « mon père est beaucoup plus conservateur que moi ... il faut que ailles une job faut que j'aïlle une maison faut que j'aïlle un char pis tout ça pis moi j'ai comme pas ça là. » Ainsi, la majorité des narratifs exprime l'idée que pour l'un des parents, les participants ne remplissent pas les rôles attendus au plan social et certains vont même jusqu'à faire le comparatif avec les autres membres de la famille en utilisant une formulation telle que : « je ne suis pas comme mon frère ou comme ma sœur ». (Nadia, Guylaine et Ariane)

4.2.2 La fratrie, le laboratoire des narratifs servant aux relations sociales.

Deux des participants sont membres d'une fratrie de plus de trois enfants. Ces personnes décrivent des relations de type conflictuelles dans la fratrie. Pour les autres participants, les relations frères/sœurs sont significatives et plus positives : la bonne entente selon ce qu'ils rapportent. Les participants plus âgés ont une fratrie plus nombreuse que chez les plus jeunes participants. Ainsi, ils n'ont pas le même vécu au niveau des relations fraternelles. Chez les fratries plus volumineuses, nous remarquons une dynamique relationnelle de type conflictuel qui a conduit ultérieurement à une distanciation de la fratrie. Les relations décrites sont de nature plus conflictuelle avec certains membres : désaccord face au choix de vie, iniquités dans la répartition des tâches domestiques ou plus globalement des incompatibilités au niveau des caractères font partie des illustrations fournies. Aussi, ceux-ci voient leur mise à distance comme conséquence indirecte de cette dynamique conflictuelle. La majeure partie des narratifs suggère qu'ils ressentaient une incompréhension de la part leur fratrie face à leurs difficultés, leurs particularités : différences qui justifient leur mise à distance subséquente.

Notons que pour deux des participants, l'élaboration des narratifs à ce sujet est différente. Bertrand, séparé de sa sœur à l'enfance à cause de son placement, ne peut se prononcer sur cet aspect. Ainsi, la rupture n'a pas été choisie mais imposée de l'extérieur. Selon lui c'est une fâcheuse conséquence d'avoir été séparé de sa sœur dans l'enfance. Pour un autre participant, le narratif qualifiant la dynamique relationnelle dans la fratrie évoque plus une notion d'indépendance des uns par rapports autres qu'une alliance. « Chacun faisait sa petite affaire. » (Ariane)

Pour les plus jeunes participants, Mathias et Jenny, le frère ou la sœur est perçu comme un allié, quelqu'un qui prenait part activement dans leur vie, en grande partie

à cause de la proximité en âge. Cette proximité implique un horizon similaire au niveau des étapes de développement. Souvent, ils ont été à la même école, ont partagé le même cercle d'amis; hors du microcosme familial, leur environnement, leurs référents offrent plus de similitudes. Enfin, un autre point de ralliement des divers narratifs est la comparaison que font les participants entre eux et leur fratrie. L'ensemble des participants affirme ne pas être comme leur frère ou leur sœur. Ils parlent de leur statut social pour illustrer la différence qui les caractérise et les distingue. « Je me compare des fois à ma famille surtout ... Comme mon demi-frère, ma demi-sœur pis avec mon frère ; ils ont tous des jobs ; ils sont tous mariés ; y'ont tous des enfants ; là je me sens comme pas rapport là. » (Jenny) Ces propos sont une autre façon d'illustrer qu'ils ne correspondent pas à ce qu'ils doivent être.

4.2.3 Le monde scolaire: espace de transactions sociales.

Dans les récits relatifs au parcours scolaire, une performance académique plus qu'adéquate semble commune aux participants. Seulement Nadia exprime clairement avoir vécu des difficultés d'apprentissage. Sinon, ils se décrivent tous et toutes comme ayant eu une facilité sur le plan de l'apprentissage. Deux des participants ont pu « sauter » une année scolaire dans l'enfance. (Guylaine et Mathias) Toutefois, la socialisation, la création d'un réseau social semblent avoir été plus difficiles et ne sont pas uniformes dans les récits. Certains partagent avoir eu des amis tout en ayant éprouvé, dans une certaine mesure, une difficulté à trouver leur place dans un groupe. Ce qui a conduit à de la méfiance face aux interactions sociales.

Enfant, genre au primaire, c'était une grosse source d'anxiété pour moi l'école parce que, avec le recul comment je le reformulerais aujourd'hui le fait de me trouver avec plusieurs personnes dans un groupe, j'avais du mal à savoir c'était quoi ma position... pis ce qui venait avec ça au niveau scolaire... je mettais une grosse, grosse attention à performer entre guillemets. (Mathias)

Pour d'autres, les amitiés semblent avoir été des interactions qu'ils qualifient aujourd'hui de superficielles. Bref, la socialisation obligée par la fréquentation scolaire engendre une nécessaire confrontation au plan identitaire, mais aussi construit et nourrit des narratifs intériorisés face à celle-ci. Souvent, pour les plus âgés, les amitiés décrites semblent avoir provoqué vers la fin de l'âge adulte une prise de distance fondée sur un sentiment d'altérité coïncidant avec le début des problèmes de santé mentale. Pour d'autres, les narratifs qu'ils ont intériorisés au sujet de cet inconfort relationnel ne sont pas uniquement générés par la recherche de sa place dans la sphère sociale, mais aussi, par le sentiment d'être indubitablement objet d'incompréhension constante lors des rencontres sociales. Dans l'ensemble des récits, on remarque deux niveaux distincts : le registre des connaissances et le registre des amitiés. Dans le premier cas, le lien se construit autour du plaisir : faire la fête, relation de consommation dans les bars. Dans le second cas, peu d'amitiés décrites dans leur vie, amitiés fondées sur un principe de réciprocité au niveau des valeurs, mais surtout de non jugement et d'accueil inconditionnel.

Nous remarquons dans leur narratif au niveau du réseau social une ambivalence relationnelle relativement constante. Plusieurs personnes décrivent le besoin d'être en relation tout en percevant cette relation comme une menace potentielle à leur intégrité. Les relations sociales semblent être investies d'une d'anxiété de performance et être menaçantes pour leur identité. À l'école, l'apprentissage ne cause pas problème, la difficulté se situe au niveau des relations sociales. Cette difficulté devient-elle une prédisposition, un manque lié au développement d'une pathologie?

4.2.4 Le parcours d'emploi : l'exercice d'un rôle social contraignant

L'ensemble des personnes interviewées relate des expériences de travail préalables à l'apparition de la maladie. Les domaines sont variés : Guylaine a des expériences en comptabilité, pour Jenny ce fut le service à la clientèle dans de grands magasins, en

ce qui a trait à Ariane, elle a été aide familiale, même préposée aux bénéficiaires, enfin, Bertrand a essentiellement travaillé dans la construction. Pour Guylaine et Nadia, le parcours d'emploi s'est arrêté suite à la maladie. Bertrand, Mathias et Jenny sont toujours actifs, soit au travail ou aux études. Dans les narratifs, le travail semble une source de valorisation importante. Cependant, le rapport avec l'autorité ressort comme étant problématique pour certains d'entre eux. Mathias et Bertrand rapportent des difficultés dans leur relation avec leur supérieur. Ils disent éprouver de la difficulté à supporter les commandes d'un supérieur. « ...j'aimais pas recevoir des ordres. J'en ai scrappé des jobs là t'sais ... Mais de me faire dire quoi faire Non ! faque j'ai scrappé des jobs, j'allais même pas chercher mon 4 %. T'as fini de me donner des ordres hostile! Ça va s'arrêter là. » (Bertrand) Bref, comme si être sous les commandes de quelqu'un d'autre devient insupportable et met en marche un mécanisme favorisant l'irritabilité appuyée sur une interprétation des propos tenus comme une remise en question de leur capacité.

Sinon, les narratifs qui s'élaborant autour du travail semblent eux aussi imprégnés de facteurs de contingence normatifs. Le travail est souvent associé à la notion de performance sociale et surtout de normalité dans les propos de l'ensemble des participants. Cependant, dans l'histoire antérieure à la maladie, les propos recueillis décrivent essentiellement leur expérience de travail. Comme le décrit Ariane, « j'ai travaillé à Bell Canda la nuit pour le service Outre-mer, j'aimais ça... J'ai trouvé un travail comme préposé à la bibliothèque faque j'ai travaillé presque 5 ans... » Ainsi, la majorité des narratifs concernant le parcours d'emploi situé dans le vécu antérieur à la maladie demeure plutôt de type descriptif. Nous remarquons qu'il est important de souligner pour chacun d'eux qu'ils ont déjà travaillé. Est-ce une manière de souligner qu'ils existent différemment avant et après la maladie psychiatrique? Comment ces expériences de travail ont influé sur leur présentation identitaire? Est-ce une manière de communiquer qu'ils ont, eux aussi, antérieurement répondu à une commande normative de performance sociale?

4.3 Le parcours psychiatrique : une interprétation de l'histoire de leur maladie

Essentiellement, le vécu relatant leur épisode de soin en psychiatrie s'est divisé en trois. Premièrement, le vécu issu de l'hospitalisation comprenant la consultation au service de l'urgence et l'internement à l'unité de soin psychiatrique ce que Bertrand décrivait comme ce qui arrive à « l'étage ». Autre thème d'importance issu de leur parcours psychiatrique est l'annonce et la compréhension de leur diagnostic et leur traitement constitué principalement d'une pharmacothérapie. Enfin, un des derniers thèmes récurrents dans les narratifs aborde les relations auprès de l'entourage.

4.3.1 Le vécu hospitalier : le brouillard de la mémoire des faits

Un thème significatif apparaît dans les narratifs sur le vécu hospitalier : une mémoire des faits quelque peu défaillante. Nous l'avons évoqué antérieurement, se raconter nécessite une mise en contexte afin de donner un sens à son vécu. Le parcours psychiatrique est une histoire comportant de nombreux aller-retour dans l'espace et le temps pour la majorité des participants. Ainsi, la mémoire séquentielle fait défaut et demeure un exercice périlleux. Mathias propose une explication intéressante de la cause de ce brouillage mnésique. « Pis ça reste un peu brumeux cette période-là parce que la quantité de médicaments qu'ils m'ont donnée après a mis un genre de brume sur toute cette période là. » (Mathias) Ces récits pleins de trous et mal situés chronologiquement caractérisent l'histoire des participants. Les narratifs sur l'attribution d'un diagnostic et sur les conséquences de cette attribution demeurent tronqués. Nous approfondirons cette question au moment de l'analyse.

Une autre illustration de cette difficulté se retrouve dans la description du premier contact avec la psychiatrie. Même si pour la majorité d'entre eux, un membre de leur entourage leur a suggéré de consulter, le descriptif reste partiel. Essentiellement, les

narratifs recueillis qui décrivent les raisons de la consultation ou de l'hospitalisation initiale sont des constructions enchevêtrées dans le vécu relationnel. Ces récits se rattachent aux liens familiaux, amicaux et aux difficultés éprouvées à exercer leurs rôles sociaux se reflétant dans leurs anomalies au plan fonctionnel (l'incapacité dans la vie quotidienne de réaliser certaines activités tel que manger, dormir, se laver, etc). Donc, la majorité d'entre eux font des descriptions incomplètes. Ils éprouvaient de la difficulté à raconter leur histoire de manière fluide. Leur récit est ponctué de «blocages» qui les conduit à faire des détours en tentant de combler ce «trou» dans le narratif. Nous comprenons qu'ils n'ont pas le souvenir exact donc, ils combler ces trous en utilisant une formulation hypothétique telle que : «il me semble que» ou affirme carrément qu'ils ne se souviennent pas. Par exemple, les noms des personnes rencontrées, les questions qui leur ont été posées lors de l'entretien d'évaluation psychiatrique ou le temps qu'ils ont passé au service des urgences est imprécis dans leur mémoire. Toutefois, ils arrivent à donner un sens à cet épisode de soin, ils sont capables d'énoncer l'élément déclencheur qui les a amenés à consulter, à élaborer sur le vécu de l'internement, pas nécessairement le premier s'ils en ont eu plusieurs.

La plupart d'entre eux ont pris l'initiative de consultation. Les participants décrivent un arrêt significatif au niveau de leur fonctionnement social provoquant une souffrance insupportable et qui leur a indiqué qu'il était temps de demander de l'aide. Pour Bertrand, ce fut un geste d'autodestruction, il a tenté de se suicider au début de l'âge adulte, geste qu'il a justifié par sa fatigue quant à son mode de vie associée à la consommation. Jenny parle d'une forme de révolte intérieure vers la fin de son adolescence qui l'a conduit à une tentative de suicide pendant l'un de ses cours au secondaire. Mathias, décrit une réponse anormale à ses besoins de base tel que manger ou dormir. Il rejoint aussi les explications de Nadia évoquant que des gens de leur entourage leur ont reflété que leur façon de vivre était inquiétante ou anormale parce qu'ils étaient isolés, sans travail ou qu'ils avaient adopté un comportement inhabituel. Ariane raconte que lors d'un conflit intense avec une personne du

voisinage ayant mené aux coups, elle a été conduite à l'urgence psychiatrique. Dans une certaine mesure, cette demande d'aide suggère qu'ils avaient, eux-mêmes, l'impression de ne plus être comme ils se connaissent. La forme de la demande d'aide, le contexte relaté entourant celle-ci reste unique. Néanmoins, ils ont tous abouti aux urgences et ont été admis en psychiatrie. Donc, malgré les contextes particuliers entourant le motif de consultation, nous pouvons conclure qu'il y a une part de cette démarche qui émane d'un sentiment d'étrangeté ou de divergences de l'image de soi provoquant une souffrance significative induisant un narratif cherchant à être validée, à être raconté.

Alors, la première fois que j'ai vu un psychiatre cela faisait plusieurs semaines où graduellement j'entrais dans un état différent que ceux que j'avais pu vivre dans le passé ; où les choses s'accéléraient, je ressentais moins le besoin de dormir ; je me sentais accélérer en fait. Je ne m'étais pas rendu au bout de mes possibilités physiques dans cette accélération étant donné que je ne dormais plus beaucoup ; je mangeais de façon bizarre en tout cas t'sais à un moment donné je ressentais plus mes besoins de la même façon faque je les vivais plus de la même façon. (Mathias)

Mathias poursuit cette longue explication concernant la séquence d'événements avant la consultation à l'hôpital, mais lorsque nous lui avons demandé de nous rapporter les explications qu'il a reçues par le psychiatre concernant son besoin d'être hospitalisé il raconte...

Hum... il faut vraiment que je fasse un effort pour ça... Eh... Ben je pense qu'elle m'a beaucoup posé des questions sur mes habitudes c'est-à-dire comment ça se passait présentement et mon père était là aussi faque je pense que qu'elle lui posait des questions aussi... » (Mathias)

La séquence des divers intervenants rencontrés pour accéder à la psychiatrie n'est pas nécessairement hors de ce brouillard mnésique. Généralement, ils se souviennent d'avoir rencontré un psychiatre. Peu ont souvenir du nom du psychiatre rencontré d'ailleurs et du contenu de l'entretien. Toutefois, certains ont partagé avoir été mis

sous contention ou avoir vu une personne avoir été mise sous contention.² Ce qui encore une fois transparaît de nos données est imprécis. Les questions posées lors de l'entretien avec le psychiatre restent des hypothèses qu'ils avancent en formulant : « j'imagine qu'il m'a posé des questions sur ma famille, mon appétit, mon sommeil. » (Mathias) Bref, le rouage de l'appareil psychiatrique, son mode de fonctionnement et la méthode qu'il emploie pour déterminer le diagnostic semblent avoir laissé peu de traces dans la mémoire des participants et dans le corpus de données. Ce qui est cohérent avec la notion de construction tronquée de l'attribution du diagnostic puisque le mécanisme par lequel le discours médical s'est élaboré autour de leur vécu ne fait pas partie des données recueillies auprès des participants, et ce même si nous avons usé de plusieurs stratégies afin de les faire resurgir à leur mémoire.

4.3.2 Le vécu lors de l'hospitalisation : l'impact des procédés sur le sens de l'expérience

Selon les propos recueillis, l'hospitalisation revêt un caractère que nous qualifierions d'austère, « être en cure fermé » (Bertrand) évoque une forme de discipline, d'imposition de routine. Nous remarquons deux positionnements au sein des récits : ceux qui, avec le recul, évoquent une certaine résignation face à cet épisode de soins et ceux dont l'hospitalisation fut un espace de résistance. Notons que cette division semble dichotomique et pourtant, ce que nous comprenons de leur dire, ce que nous relevons des différents narratifs issus de cette expérience, est que ce positionnement est dynamique. Leur récit se déplace, se rapprochant du pôle de la résistance et

² Afin d'éclaircir cette notion nous vous proposons ce que le cadre référence en matière de contention et d'isolement définit comme étant une situation requérant cette forme d'intervention : «...une situation où l'intervenant est appelé à agir auprès d'une personne qui présente un comportement inhabituel et imprévu, susceptible de la mettre en danger ou de mettre autrui en danger de façon imminente. Une personne présente un comportement inhabituel lorsque celui-ci ne s'est jamais présenté auparavant et qu'il se manifeste sans qu'on ait pu s'y attendre. Ce comportement est imprévu s'il n'est pas précédé de signes avant-coureurs qui peuvent laisser suspecter sa survenue. » (MSSS, 2011, p.4)

parfois se rapprochant du pôle de la résignation. Au sein d'une même séquence, nous pouvons percevoir ce déplacement. Par exemple, Guylaine raconte son internement en psychiatrie.

[Je] restais couchée dans mon lit, je voulais même pas manger. Pis quand je me levais pour aller dans la salle commune, la salle où tout le monde est là ; y'avait comme une télévision pis c'était pour les programmes d'un pis l'autre ; ça ne m'intéressait pas ; je retournais dans ma chambre pis je pouvais pas sortir c'était barrer, il fallait prendre un ascenseur, quand j'ai vu ça ; je me suis sauvé en jaquette en plein hiver. Je me suis rendue dehors en arrière du building ; c'est une garde malade qui est venue me reconduire sur le département ; je te l'ai dit que je pousserais je me suis poussée.

D'une part, cet extrait d'entrevue illustre cette idée de déplacement entre deux polarités : rester coucher dans son lit évoque une forme de résignation. Guylaine poursuit son explication en bricolant un lien avec une tentative d'évasion que nous pouvons attribuer à cette idée de résistance voire même d'opposition quant à cette hospitalisation et aux techniques de contrôle déployées pour s'assurer de la collaboration des patients. Mathias, lui, raconte avoir créé un syndicat de patients qui visait justement à réduire les mécanismes de contrôle. Son récit exprime aussi cette idée de déplacement entre deux pôles. Cette idée de création d'un syndicat illustrerait bien le pôle de la résistance. Pourtant, outre cette illustration de sa résistance, un peu plus loin dans l'entrevue, Mathias relève les « bienfaits » possibles d'une hospitalisation. Ce mouvement de va-et-vient transparait dans les narratifs d'une même personne.

Plus tu montes dans les responsabilités d'intervention, plus ce que j'ai senti est que ce que l'on va faire ou pas faire ou aller ... Qu'est-ce que tu fais ? T'es-tu lavé ? T'es-tu lavé assez ? T'as-tu été poli ? T'sais. Comme la grille arrive des checks, t'sais, plus il y a de grille, plus il y a de ça moins on dirait qu'il y a de connexion possible. Pis ça je le sais pas. Je ne dirais pas qu'il faut que se soit autrement ce que je dis c'est que pour moi c'est pas là où je sentais la connexion quand ce qui m'aidait c'est de me sentir connecter avec les gens. Pis là y'a une autre partie de moi qui s'exprime en même temps : Non, Non, non, il fallait que tu te laves, y'avait des cadres, il fallait pas que tu dépasses

certaines limites pis il fallait que tu intègres intérieurement comme l'intégration de la convention sociale à l'intérieure de toi pis c'est ça qui fait qu'à un moment donné dans des cadres claires comme ça ; fait que tu peux le reproduire pis c'est parce que t'étais pas responsable. T'sais ce discours là il est tout aussi présent, mais ce qui me faisait du bien au moment où j'étais là ce n'était pas ça ! (Mathias)

Ainsi, dans ce narratif, on perçoit cette négociation externalisée entre le pôle de la résignation et celui de la résistance quant au fait d'être hospitalisé sur l'aile psychiatrique.

Bertrand qui craignait la consultation en psychiatrie met de l'avant un autre élément signifiant associé au vécu de l'internement.

J'avais peur de ça là quand j'ai signé.³ Dans ma tête là tsé avec toutes les préjugés sociaux en rapport à ça : c'est rien que les fous qui s'en vont là pis tu vas te ramasser dans un centre toute ta vie. Dans ma tête ça flashé comme ça là, mais, j'ai pogné panique là ... ah la peur m'a pogné c'est épouvantable.

Ainsi, les narratifs recueillis au sujet de l'hospitalisation qu'ils soient détaillés ou non, suggèrent l'idée que l'hospitalisation est un signe, un sceau certifiant l'authenticité du stigmat que représente un diagnostic en santé mentale. Autre fait relevé concernant le sens de l'expérience hospitalière comme une représentation sociale de la santé mentale provient de la fierté qu'ils ont à énoncer depuis combien d'années ils n'ont plus connu d'hospitalisation. Ainsi, selon leurs dires, l'hospitalisation reste une marque dans la séquence du temps sur laquelle s'appuie la possibilité de la stigmatisation.

Enfin, un autre thème qui ressort des récits est la contrainte par l'isolement. Cette réclusion évoquée dans les narratifs provoque une réaction d'opposition, un sentiment

³ Une personne doit signer un consentement afin de recevoir des soins en milieu hospitalier et ce pas uniquement en psychiatrie mais aussi lors des soins physiques.

d'avoir collaboré parce qu'ils n'avaient pas d'autre choix. Ainsi, la résistance qu'évoquent certains récits peut être passive, dormir à cœur de jour ou, plus active, comme créer un syndicat. Essentiellement, la contrainte dans l'espace semble être le mécanisme de contrôle le plus utilisé lors de l'hospitalisation. Guylaine et Mathias relatent avoir été enfermés dans leur chambre suite à un conflit avec un autre patient. Jenny, Guylaine et Bertrand ont connu le mécanisme de contention à la fois physique et chimique utilisée lors d'agitation. Enfin, nous remarquons qu'encore une fois, pour certains interviewés, la séquence et le quotidien d'une hospitalisation restent un souvenir vague. Nadia et Ariane, elles, décrivent essentiellement avoir été couchées longuement, avoir marché dans le corridor de long en large ou avoir été stimulées par le personnel infirmier à prendre leur douche et manger.

4.3.3 Le diagnostic, le traitement et un certain vide explicatif entre les deux.

Le principal narratif émergeant de nos données en ce qui concerne l'attribution du diagnostic est quelque peu préoccupant. L'ensemble des participants affirme avoir entendu un diagnostic sans pour autant avoir eu une explication claire, nette et précise de ce que cela signifie. Ainsi, ils ont entendu des mots comme «schizo-affectif» (Nadia), «bipolaire», (Jenny et Mathias) «psychose paranoïaque» (Bertrand) sans pour autant avoir eu une conversation thérapeutique avec le psychiatre à ce sujet pouvant les aider à connaître et comprendre ce que cela signifie et comment ce dernier a pu tirer cet attribut de leur vécu. Comme l'illustre cet extrait de l'entretien que nous avons eu auprès de Guylaine.

« Tout ce qui m'a dit c'était que j'étais une bolle pis une schizophrène c'est tout ce qui m'a dit pendant des années de temps. »

Il ne vous a jamais expliqué qu'est-ce que la schizophrénie ?

« Non, moi je le savais, parce que je lisais des traités de psychologie. »

Pour deux d'entre eux, aucun diagnostic n'a été émis. Comme l'illustre cette séquence d'entrevue où en utilisant le traitement pharmaceutique nous tentions d'aider Ariane à nommer son diagnostic.

Est-ce que vous savez qu'est-ce qu'elles font ces pilules-là ?

« C'est pour la maladie que j'ai supposément ; je ne sais pas quelle maladie, mais j'ai supposé d'avoir une maladie quelconque. »

Mais on ne vous a pas dit c'était quoi ?

« Non »

Ainsi, le narratif autour de leur affection mentale s'est élaboré dans un vide pédagogique. Même si certains ont reçu des explications sommaires (Mathias et Guylaine) ou trouvé des explications dans diverses documentations (Jenny, Guylaine, Mathias et Bertrand), l'exercice des questions – réponses ne semble pas avoir eu lieu pour la majorité d'entre eux. De ceux n'ayant pas reçu d'explications, Ariane reconnaît ne pas avoir assumé sa part de responsabilité relativement à ce silence explicatif : elle n'a pas questionné non plus.

Est-ce que vous l'avez demandé ?

« Si je me souviens bien, non, pas vraiment, je ne l'ai pas demandé franchement. »

Qu'est-ce qui fait en sorte que vous n'ayez pas osé demander ?

« J'ai peut-être peur de savoir qu'est-ce que j'avais. »

Nous ne pouvons aborder le thème de l'attribution d'un diagnostic sans aborder le thème du traitement pharmaceutique qu'il lui est associé. Dans les narratifs recueillis, la majorité exprime que le traitement pharmaceutique est l'objet principal sur lequel s'appuie le suivi suivant l'hospitalisation.

Juste te dire regarde je vais chercher ma médication pis y'a pas vraiment d'échange pis j'insiste pas, Non ! Je me suis résigné ; regarde c'est un professionnel, lui, il me donne ce que j'ai de besoin pour pas être malade ça finit là. (Bertrand)

La plupart des psychiatres, moi, ceux que j'ai rencontrés là y regardent juste si mon taux de lithium est correct pis c'est toute ! Pis comment ça va ; ça va bien ben ok, salut bye (Jenny)

Ainsi, le principal moyen de liaison entre un psychiatre et son patient est, selon les propos recueillis, le traitement pharmaceutique prescrit. La majorité des interviewées démontre une connaissance de leur médication. Ils sont en mesure d'identifier l'aspect sur lequel elle agit : l'humeur ou l'anxiété. Nous remarquons que l'acceptation de la médication est mitigée qu'il se formule en « Oui, mais... ». (Jenny, Mathias, Bertrand et Guylaine) De plus, plusieurs ont connu de multiples changements de la prescription qu'ils associent à des effets secondaires ressentis tels qu'un trop grand ralentissement psychomoteur ce qu'ils décrivent comme se sentir «zombie» (Guylaine) ou de l'endormissement. La crainte d'être «sur médicamenté» est une préoccupation pour certains d'entre eux. Ainsi, ce que nous comprenons est qu'ils en acceptent la nécessité tout en éprouvant un certain malaise quant à celle-ci. Les narratifs recueillis suggèrent qu'ils aimeraient pouvoir gérer la réalité de leur symptôme sans médication. Pourtant, la pharmacothérapie est justifiée, selon leurs dires, afin de «stabiliser» leur situation. Cependant, la prise de médication à vie afin de garantir une «stabilité» prend la forme d'un narratif que nous qualifions de résigné exprimant le besoin de «protection» contre la maladie afin de remédier à leur incapacité de contrôle lorsque les symptômes se manifestent.

La médication est une autre marque pouvant conduire à de la stigmatisation selon les propos des participants. Au sein de ce narratif, ils évoquent l'impact anticipé que la prise de médication psychiatrique peut engendrer dans le regard de l'autre. Du moins, c'est ce que nous avons remarqué quand ils abordent le sujet de la médication :

Ma dosette je la cache quand j'va la chercher ; pour moi c'est pas un trophée là, j'ai pas gagné le premier prix avec ça tu comprend ; je ne veux pas passer pour ce que je ne suis pas : malade mental là (Bertrand)

Dans une société où la performance est aussi valorisée. Je crois que y'a comme un sentiment d'échec avec le fait ; de comme t'as raté ton coup là t'sais t'es sur les pilules. (Mathias)

Enfin, la poursuite du traitement pharmaceutique semble être reliée non pas au désir de guérir, mais bien à l'idée d'éviter de souffrir. Malgré la spécificité avec lequel le trouble de santé mentale se manifeste chez chacun d'entre eux, il énonce que le traitement pharmaceutique reste le moyen le plus efficace pour ne pas «retomber malade». (Bertrand) Donc, il s'agit pour eux du moyen le plus efficace d'éviter l'hospitalisation. Ce qui semble efficace dans les faits puisque l'ensemble des personnes interviewées n'a pas été hospitalisé depuis plus de cinq ans.

4.3.4 Les relations avec l'entourage dans un contexte d'hospitalisation

En ce qui a trait aux relations avec la famille et l'entourage lors de l'hospitalisation, celles-ci sont liées à la présence ou à l'absence de contacts avant celle-ci. Pour les plus âgés, Guylaine, Ariane et Bertrand, ils ne recevaient pas de visite de leur famille lorsqu'ils étaient hospitalisés. Guylaine et Ariane exprimaient plutôt avoir refusé le contact avec eux. Pour les plus jeunes, ceux dans la trentaine Mathias et Jenny, eux ont eu des contacts. Cependant, le rapport semble utilitaire. La visite avait un objectif simple : obtenir des vêtements, de l'argent ou des cigarettes. L'implication de la famille dans les rencontres avec le corps médical, le psychiatre, les infirmières et/ou les travailleurs sociaux n'est pas systématique. Pour la majorité d'entre eux, ils expriment avoir refusé cette rencontre exprimant la crainte que les dires de la famille ne fassent que prolonger l'épisode de soins. Mathias raconte que son entourage lui a relaté ses comportements lors de l'épisode de soin puisqu'il se souvenait à peine de ceux-ci.

Je ne saurais pas comment t'expliquer ; pis c'est une période où je suis assez flou pis c'est comme devenu un peu tabou parce que j'ai manqué de respect à beaucoup de gens ; le début de l'hospitalisation ; mon frère m'a dit *je ne t'ai jamais vu comme ça !* Je lui ai craché de l'eau en pleine face ; j'ai appelé du monde en leur chantant des chansons au téléphone weirdo ... »

De plus, pour Jenny et Mathias, les deux plus jeunes, l'implication de la famille est survenue lors de l'obtention du congé. Ils auraient ressenti une forme d'inconfort à l'égard de leur comportement lors de l'hospitalisation qui s'est traduit en une forme de retrait social par la suite tant envers la famille qu'envers leur entourage. Ils ont tous eu peine à justifier leur choix lorsqu'ils se considéraient comme relativement proches de leur famille. Mathias révèle avoir perdu des amis à cause des comportements désorganisés qu'il a eus avant et pendant l'hospitalisation.

Guylaine, Jenny et Nadia ont créé des relations lors d'épisode de soins qui se sont poursuivies par la suite. Jenny évoque dans son entretien avoir retrouvé des connaissances lors d'une de ses visites à l'urgence ce qu'elle commente en disant... « le monde est petit ». Guylaine et Nadia racontent avoir développé des relations amoureuses avec une personne hospitalisée. Guylaine est toujours en couple avec cet homme qu'elle a rencontré pendant l'une de ses hospitalisations. Nadia raconte avoir tenté la vie commune suite à cette rencontre amoureuse lors d'une hospitalisation. Selon ses dires, ces deux relations se sont terminées par une séparation suivie d'une hospitalisation. Par conséquent, le vécu relationnel lors d'une hospitalisation n'est pas uniforme et univoque. Une interprétation intéressante se dessine : poursuivre une relation préexistante dans un contexte où notre présentation de soi est altérée de par une pathologie psychiatrique semble se complexifier et semble chargée d'ambivalence. Simultanément dans un contexte d'hospitalisation la création de relations, affectivement chargées, est racontée et semble s'effectuer simplement. Une contradiction que nous tenterons d'élucider plus tard

4.4. Le quotidien d'un psychiatisé : les usages identitaires

Maintenant, comment cette expérience psychiatrique influence leur vécu au quotidien. Socialement parlant, une vie active se mesure entre autre par l'activité

qu'est le travail. Ainsi, la pathologie psychiatrique devient un frein, une contrainte interne les obligeant à revisiter leurs obligations issues de la vie active.

4.4.1 Un quotidien rythmé différemment : une adaptation fonctionnelle revisitée

L'une des plus grandes conséquences de l'expérience psychiatrique d'une certaine manière se reflète par leur rythme de vie. Chacun d'eux a exprimé s'être adapté aux limites que leur imposent à la fois le traitement et la maladie. Pour la majorité, le retour sur le marché régulier de l'emploi a été tenté et a échoué. Bertrand, Guylaine, Jenny et Nadia racontent avoir repris leurs emplois réguliers ou tenté des entreprises d'insertion en santé mentale, mais avoir eu une « rechute » qui les a conduits de nouveau à l'unité psychiatrique freinant leur ardeur à retourner sur le marché de l'emploi. Donc, ce qui ressort parle d'une difficulté à occuper un emploi au sein du marché régulier du travail. Dans l'ensemble, leurs réponses suggèrent une incapacité à supporter la pression, la vitesse et le stress relié à ce dernier. Bertrand exprime.

Mentalement c'est que je ne suis pas capable de ben je l'ai faite t'sais. J'ai déjà travaillé 35 pis 40 heures par semaine. Ah non moi vivre c'te vie là c'est fini... Regard tu passes ton temps à travailler, t'as pas de loisirs, t'as pas le temps hostie, t'es fatigué. T'arrive chez vous faut que tu fasses ton souper Ah! non, pression, le boss. Ma patience est pu capable... pu capable de supporter le fait d'être constamment mis sous pression.

Ainsi, la commande de performance sur le marché du travail régulier devient difficile à remplir. De plus, dans nos données, nous remarquons un cycle de sommeil plus long et le besoin d'un temps d'éveil plus long. Ce qui complique l'insertion au travail compte tenu de la notion d'horaire. D'une certaine manière, le diagnostic et le traitement sont souvent produits comme une justification à leur incapacité au travail en les reliant à un plus grand besoin de sommeil et aux difficultés à l'éveil. Ils n'ont pas envisagé de solution par la médication et n'accusent pas systématiquement cette dernière d'être responsable ces particularités au niveau du sommeil et de l'éveil.

Cependant, ils ressentent le besoin d'être utiles au plan social, de faire quelque chose de leur quotidien. Bertrand, Nadia et Jenny ont fréquenté des entreprises adaptées pendant un certain temps, Jenny, Nadia et Ariane ont fait du bénévolat et Mathias et Bertrand ont simplement créé leur propre entreprise travaillant ainsi selon leurs propres horaires et capacités. En somme, ils sont actifs, mais dans des réseaux de l'emploi alternatifs. Ariane et Guylaine ayant atteint l'âge de la retraite, elles s'occupent de leur quotidien en participant à des activités dans la communauté ou en fréquentant des activités thérapeutiques recommandées par leur équipe traitante.

Approximativement, leur quotidien ressemble au quotidien des «normaux» : ils réalisent l'ensemble des activités quotidiennes et domestiques requises. La différence majeure est que leur organisation du temps n'est pas dirigée intégralement par le travail ce qui diminue le facteur stress associé à la performance qu'exige le travail sur le marché régulier de l'emploi. Nous remarquons que c'est un mode de vie plus lent, libérée des contraintes de la performance. Toutefois, certains restent plus actifs que d'autres et ils attribuent ce besoin à leur trait de personnalité. L'une des personnes rencontrées, Jenny poursuit des études collégiales. Jenny admet avoir nécessairement adapté son horaire aux limites que lui impose son problème de santé mentale.

« Ben l'affaire c'est que je prends moins de cours, je prends deux cours parce que moi je me dis que j'aime mieux aller lentement que de rusher t'sais. Je pourrais prendre quatre cours, être à temps plein, pis me brûler là, ça ne m'intéresse pas. Je pense qu'il y a une grosse influence là dessus avec ma (fais les gestes de guillemets) maladie. »

Ainsi, le rythme de vie qui découle d'une difficulté à gérer la pression et le stress imposé par les normes et contraintes de performance qui constitue l'efficience sociale, le rendement attendu par le marché de l'emploi sont des éléments rapportés qualifiant leur quotidien. Ce qui soulève l'idée d'un scénario social commun prescrivant que le travail est la normalité et que leur quotidien rythmé autrement

encourage la stigmatisation. Est-ce un usage obligé de leur diagnostic qu'ils ont internalisé afin de justifier leur incapacité à s'adapter au monde du travail? N'est-ce pas l'idée que génère l'adaptation à tout prix que porte ce scénario commun qu'ils ont eux aussi intégré que l'utilité sociale est nécessairement reliée au travail?

4.4.2 La contrainte de performance au plan social issue d'un quotidien vécu autrement

Cette association entre la contrainte à la performance et les limites reliées à la maladie engendre un autre narratif exprimant les possibilités de consommation reliées au revenu. Pour la plupart d'entre eux, leur pouvoir d'achat se voit limité et d'une certaine manière doit être justifiable aux yeux des autres. De plus, ils dénoncent tous être associés, dans la perception sociale, à l'aide sociale. Un seul a des revenus d'emploi, mais notons qu'il a créé sa propre entreprise de coopération dans le domaine artistique et vit d'une certaine manière des subventions gouvernementales qu'il obtient par le biais de son entreprise. D'une certaine manière, ils ont tous atteint un plafond qui nécessairement limite les possibilités en matière de consommation. Ce que nous comprenons par leur narratif est que leur condition psychiatrique justifie qu'il bénéficie de l'aide sociale avec contrainte sévère à l'emploi. Cependant, selon leurs dires, c'est d'être associé à la représentation sociale des assistés sociaux qui semble les heurter. Voici une illustration appuyant cette convergence dans les propos recueillis.

Ils coûtent de l'argent au gouvernement parce qu'ils vont recevoir de l'aide sociale ; ils ne travailleront pas ; il vont se pogner le cul. Parce qu'il y en a qui pense qu'une personne est faite pour travailler. Y'en a ben qui pense ça, les stéréotype là : t'as 18 ans, t'es t'en santé, t'es capable de travailler. Malade là ça marche pas ça là. Y'en a ben qui pense ça ; c'est une idée que j'ai, mais je suis sûre, qui doit le penser. Ah ! Ils mettent tout ça sur la faute de la maladie pis ils disent qu'ils ne sont pas capables de travailler. Je suis sûr qu'il y a ben qui doivent penser comme ça aussi ; ah parce qu'ils se disent qu'ils sont malades pis qui ne sont pas capable de travailler ou des fois ils disent Ah ils veulent pas travailler. (Bertrand)

Perçue socialement de la sorte, la maladie mentale devient plus qu'une source de honte, elle devient une injonction paralysante. Ce n'est pas qu'une question de volonté, la commande sociale, la demande de performance ne sont pas considérées dans la perception sociale en ce qui les concerne. Ainsi, ils ont conscience que l'emploi est un facteur engendrant un processus de normalisation, de régulation de leur statut social. Cependant, les adaptations requises afin de pouvoir travailler en tenant compte des contraintes associées à leur affection mentale restent complexes, impliquent un dévoilement et donc, deviennent une source potentielle de stigmatisation. Même pour ceux ayant travaillé dans des entreprises adaptées, la persistance des jugements en lien avec la performance est importante. D'une certaine manière, ils le reconnaissent, ils ne performeront jamais comme les autres. Quel a été le prix au plan identitaire de cet aveu d'incapacité ou de difficulté à performer comme les autres?

4.4.3 Le quotidien comme modalité d'intégration du procédé de la stigmatisation

Le dernier thème important issu des entrevues est la perception qu'ils sont des personnes ayant un problème de santé mentale. Nous remarquons que dans le narratif sur la maladie mentale, il y existe toujours plus «malade» qu'eux. Ce bricolage identitaire s'est effectué lors de l'hospitalisation et s'est consolidé à travers leur vie au quotidien. Souvent, ils appuient leurs dires de deux manières : la divergence au niveau du contact avec la réalité et leurs capacités à vivre en logement. Pendant l'hospitalisation, ce narratif est relatif au peu de contact qu'ils entretenaient avec les autres patients.

«J'étais plutôt retirée parce que je voyais très bien qu'ils étaient plus malades que moi. Alors ça me faisait peur un peu d'être avec eux. Parce que je voyais comment ils étaient... Il y en avait un qui recevait des chocs électriques pis j'ai trouvé ça dur de leur parler.» (Nadia)

Jenny, elle, qualifiait l'ambiance relationnelle entre les patients sur l'unité par cette explication. « Ben t'sais y'en a qui parle plus fort ou t'sais lance des affaires qui font des choses comme ça ou t'sais moi ça me fait capoté de voir quelqu'un se faire attacher... » Une autre illustration provient de Mathias : « Beaucoup de gens ne comprenaient pas pourquoi j'étais là parce que pour eux il ne voyait pas dans ma façon d'être, de faire, ni de m'exprimer qui pouvait expliquer pourquoi j'étais là ... » D'autres font la comparaison en ce qui a trait au contact avec la réalité : une personne qui soliloque, (Guylaine) une autre qui a la ferme conviction qu'il est Jésus (Bertrand) bref, qui comparativement à eux, deviennent plus étranges.

Pour d'autres, l'élément comparatif décrit comme un degré de gravité de la maladie ou du trouble mental qu'ils évaluent par rapport à la capacité de s'occuper de soi-même. Dans le langage de l'intervention, cette prise en charge par soi-même pour soi-même est déterminée par l'autonomie fonctionnelle. Dans les narratifs exposés, Bertrand représente bien cette idée en y ajoutant le niveau de conscience des personnes.

En santé mentale c'est que t'as un problème oui au niveau du cerveau, ça peut être la dépression, ça peut être toute sorte d'affaires t'sais t'es capable de fonctionner, mais t'as peut-être besoin d'encadrement, mais t'es capable de fonctionner : t'es capable de manger, t'es capable de faire tes commissions... s'ils te mettent en appartement c'est parce que t'es capable de te débrouiller tandis qu'une personne que sa maladie est plus grave ben cette personne à besoin d'un encadrement plus sévère ... plus important t'sais ... Si la maladie est trop importante la conscience peut-être altérée t'sais regarde c'est plus difficile, faut prendre par la main...

Par conséquent, ce que soulèvent ses narratifs, c'est qu'il existe un jeu de comparaison qui s'opère dans le processus de stigmatisation entre eux. Comment ce jeu comparatif influe-t-il sur leur construction identitaire ? Ce jeu des comparaisons contribue-t-il à les assigner à un rôle limité, réduit en possibilité au plan social ?

4.4.4 Un quotidien rythmé différemment et son implication dans l'interaction sociale

Autre élément présent dans le corpus de données est que pour eux la vie des «normaux» est principalement axée sur le travail. D'ailleurs, lorsqu'ils abordent leur relations familiales et sociales, les premiers éléments distinctifs mis de l'avant ne sont pas leurs symptômes associés à leur maladie mentale, mais bien le fait qu'ils ne sont pas des travailleurs ce qui accentue le fossé entre eux et leur famille.

Au-delà de la fierté qu'ont certains que leur maladie n'est pas visible, que leur diagnostic n'est pas apparent, que dans les transactions de leur quotidien, sans un dévoilement, un autre individu peut ne pas s'en rendre compte subsiste la conscience qu'ils sont discréditables. Voici un extrait d'entrevue qui résume cette notion.

« Si tu dis à quelqu'un je suis diagnostiqué bipolaire là qu'est ce que ça va faire la fille mettons... Paquet de trouble en perspective dans ma vie. Personnes pas toutes les filles, mais grand nombre de fille vont se dire ça dans leur tête, vont parler de ça à leur chum pis y vont faire Ah ! t'es tu sûre que tu veux t'embarquer là-dedans, Là tu te dis ok y'a ça pis là tu te mets à penser à ça pis là ça se transmet la plupart du temps c'est comme quand t'es née de parents qui ont un trouble ; c'est ben la première chose qu'un médecin te pose pour savoir ! Y'as-tu des cas dans ta famille; y'a ben plus de chance qui en ait dans la tienne ! Faque tout ça c'est comme ça tout le temps. Parce que toi t'es ça parce que ce diagnostic-là il ne te dit pas que tu t'es cassé une jambe une fois dans ta vie. Tu es bipolaire ! T'as le cancer, mais T'es bipolaire – t'es schizophrène ; T'as une bronchite, la bronchite elle vient elle s'en va. T'as cancer pis il peut s'en aller. Ça c'est comme un stigmat... C't'un stamp, c'est un tatou tu vas peut-être être capable de faire effacer ton tatou en le faisant sabler par un chirurgien plastique. Mais, je reviens au cycle de la honte quand chu tu seul dans mon angoisse pis dans ma vulnérabilité à me sentir complètement à côté de mes pompes, pis d'être tout seul pis fragile ben ça ; ça prend beaucoup de place. » (Mathias)

Ainsi, à cette conscience d'être discréditable s'ajoute le sentiment de la honte. Ce dernier est une conséquence de cette conscience qui transparaît clairement au sein des

narratifs recueillis et devient un élément incontournable associé au processus de stigmatisation. Comment contourner ce passage obligé afin de faire surgir un narratif « réparateur »? Existe-t-il un moyen socialement acceptable de réduire ce discrédit identitaire?

En guise de récapitulatif de la présentation des résultats, nous avons traversé la réinterprétation de la maladie par la séquence dans le temps de l'avant, pendant et après la détermination de la pathologie par l'instance hospitalière. Dans la période précédant les épisodes de soins, nous avons présenté le sens qu'ils attribuent à leur vécu familial. Violent ou normé, ce vécu décrit une figure parentale oscillant entre bienveillance et autorité. Ce vécu familial semble pour eux justifier des attentes de performances qui se dissimulent dans un procédé de comparaison avec les membres de la fratrie. Le parcours scolaire qui est relaté n'est pas axé sur la performance académique, mais plutôt sur la dynamique de réseautage relationnelle qu'ils associent à la capacité de prendre leur place, d'être à leur place qui est perçue comme une contrainte à la performance. Enfin, leurs parcours d'emploi, lui, hautement descriptif de par leur récit est réinterprété à la fois comme une contrainte, mais il est aussi libellé dans les propos recueillis comme normalisant : il importe pour eux de nous communiquer qu'ils ont déjà travaillé avant la maladie.

Dans la seconde période, les récits rapportés sont embrouillés dans leurs mémoires. Imprécis, les participants ont été en mesure de nous raconter leurs motifs de consultation, certains éléments de leur internement qui s'associait à un positionnement polarisé entre la résignation et la résistance et ils ont qualifié leurs relations avec leur entourage. Nous avons appris qu'ils ont eu peu d'échanges sur leur diagnostic. L'absence de cette conversation thérapeutique où l'échange de questions et réponses devient possible semble avoir été remplacée par des recherches personnelles documentaires afin de déterminer la pathologie qui justifiait leur internement psychiatrique. La médication semble être la principale modalité sur

laquelle s'appuient les entretiens avec leurs psychiatres selon leurs récits. La détérioration de leur réseau social ainsi que sa mise à distance ont été relevées par les personnes interviewées dans leur vécu lors de l'hospitalisation. Toutefois, dans cette détérioration racontée d'autres y ont vécu des initiatives relationnelles avec d'autres personnes malades comme eux. C'est une donnée intéressante sur laquelle il nous faudra faire sens. Au final, ce parcours psychiatrique reste un sceau d'authentification servant le procédé de stigmatisation au plan identitaire. L'ensemble des catégories rapportées contribue à la constitution du stigmat. Du moins, c'est la notion la plus signifiante se rattachant à notre cadre d'analyse dont nous poursuivrons le développement dans le prochain chapitre.

En explorant leur vécu au quotidien, dernière séquence temporelle de la division dans le temps, les participants nous ont révélé comment la pathologie pouvait influencer sur leurs activités de vie quotidienne. À travers leurs rythmes de vie, ils nous ont signalé les mécanismes d'adaptation qu'ils ont déployés afin de réduire la pression sociale de la performance par le travail. Ils ont aussi raconté comment leur sommeil et leur éveil étaient différents et deviennent une contrainte avec laquelle ils se doivent de composer. Les transactions relationnelles sont réinterprétées dans le regard de l'Autre; un autre dont les préjugés semblent provoquer une ambivalence au niveau des relations. Le tout enveloppé d'un niveau de conscience de cette altérité, de ce discrédit qu'ils portent de par leur passage par l'hôpital psychiatrique. Ainsi, l'ensemble des éléments de cette séquence temporelle du quotidien des personnes interviewées semble voué à entretenir le cycle de stigmatisation. Du moins, c'est ce que nous tenterons de poursuivre lors de l'analyse de nos résultats.

De nombreuses interrogations restent suite à la présentation de nos résultats de recherche. Par exemple, comment expliquer ce brouillage mnésique qui plane sur la séquence du parcours psychiatrique? Comment le jeu comparatif entre le soi et l'autre influe-t-il sur leur construction identitaire? Existe-t-il un moyen socialement

acceptable de réduire ce discrédit identitaire qu'est le diagnostic posé par le discours médical? Toutes ses questions méritent de revisiter cette réinterprétation de l'histoire rapportée afin d'en dégager un narratif explicatif, une histoire explicative possible et plausible théoriquement sensée.

CHAPITRE V

ANALYSE ET DISCUSSION

Ce chapitre analyse les données présentées au chapitre précédent sous l'éclairage des principaux concepts théoriques de narratif et de stigmat, le tout en lien avec la notion d'identité. L'objectif initial de la recherche était d'explorer les narratifs identitaires des personnes ayant un problème de santé mentale. Nous soulevons comme problème de départ que nous percevions ceux-ci principalement comme psychiatisés, plutôt que comme des personnes. Ce récit explicatif oriente le jeu des transactions sociales qui, s'appuyant sur un scénario commun normé, favorise la stigmatisation des personnes ayant un problème de santé mentale. Identifiable et discrédité par ce stigmat, il se produit un bricolage identitaire intégrant ce narratif explicatif que représente le diagnostic (stigmat) qui influencera leurs interactions sociales ultérieures. Du moins, c'est ce que nous soulevons comme piste au moment de la présentation de la problématique.

Dans l'exploration des narratifs identitaires, nous avons séquencé, c'est-à-dire structuré par le temps, la présentation de nos données. L'histoire avant la maladie, pendant la maladie et le vécu du quotidien avec la maladie. Dans cet itinéraire dans le temps, l'un des théoriciens du narratif, Jérôme Bruner (2005), énonce que le narratif permet de faire sens de l'expérience vécue en usant à la fois d'une structuration par le temps, ce qu'il décrit comme le « paysage de l'action ». À ce paysage se juxtapose le « paysage de conscience » qui lui intègre les éléments, et événements dans leurs interprétations et significations du narrateur. « Le paysage de conscience » révèle les préférences, les désirs et les caractéristiques personnelles et relationnelles auxquelles le narrateur se rattache. Ainsi, les narratifs recueillis auprès des participants se sont constitués au sein d'un contexte dont le paysage de conscience est le reflet. Ces narratifs sont des construits communiquant à la fois sur l'identité, mais aussi sur les

stratégies déployées par la personne afin de consolider cette dernière. Ce que nous proposons d'analyser et de discuter n'est plus uniquement ce qu'ils ont dit d'eux aux égards des théories explicatives présentées au préalable, mais bien comment ce qu'ils ont dit d'eux peut nous révéler des pistes permettant une intervention thérapeutique créatrice de narratifs réparateurs. Ceux-ci généreraient une forme de déstigmatisation ce qui rejoint la notion de narratif d'exception préconisée par l'approche narrative d'Epson et White. (2002)

Dans un premier temps, nous revisitons nos données sous l'angle d'une facette identitaire s'associant à une stratégie d'adaptation prédominante tout au long des itinéraires racontés par les participants. Nous reprenons le terme d'itinéraire que l'on relie à celui de carrière mise de l'avant dans les écrits de Goffman (1968-1975). Cet itinéraire qu'il qualifie de moral propose que les personnes stigmatisées partagent une expérience similaire de leurs destinées et conséquemment «leur évolution risque d'être semblable de par l'idée qu'elles se feront d'elles-mêmes.» (Goffman, 1975, p.46)

D'abord, nous présentons le mécanisme utilisé afin de faire sens de notre corpus de données aux fins d'analyse. Ce dernier propose l'activation de trois facettes identitaires issues des narratifs racontés au sujet de leur itinéraire psychiatrique. Nous devons être modestes quant à l'appellation de ce classement : il n'a pas la force d'une typologie due à la taille de notre échantillon. Ainsi, nous suggérons la notion de facette qui, telle une esquisse, trace les contours préalables à une typologie relevant les points de convergences entre les divers narratifs recensés afin de traduire les mécanismes d'adaptation ou stratégies que la personne stigmatisée déploie afin de négocier les transactions sociales.

Enfin, nous terminerons l'analyse et la discussion des résultats en relevant les données d'exception. Ces données recueillies ont eu un effet surprenant en révélant les limites des explications théoriques utilisées. Ainsi, imprévues, celles-ci

apparaissent afin de pousser notre réflexion ailleurs. Là où peut-être d'autres théoriciens ont proposé ou semé le début d'une autre explication possible.

5.1 Les considérations identitaires et la notion d'itinéraire

Conformément aux propositions de Goffman, l'itinéraire « commun » des personnes ayant un problème de santé mentale s'amorce avec l'identification de la pathologie. Pour faire sens de ce parcours, il faut d'abord être discrétisable et le diagnostic est un des modes possibles jetant le discrédit. Ainsi, les narratifs des participants situant leur histoire avant la maladie ne sont pas en soi impertinents, ils tracent plutôt ce que Goffman a associé aux notions d'identité personnelle et sociale qui s'acquiert lors de la phase de socialisation débutant l'itinéraire. Comme nous l'avons énoncé dans notre cadre théorique, c'est lors de cette première phase du processus où l'individu stigmatisé développe « par là les images de soi que lui pose la société, en même temps qu'une idée générale de ce qu'impliquerait la possession d'un tel stigmate. » (Goffman, 1975, p.46) Ainsi, ce narratif relate et organise les éléments biographiques particuliers de chacun associé à leur vécu familial et social avant l'avènement du discrédit jeté par la maladie, mais, aussi, les attentes sociales relativement aux rôles et fonctions qu'ils doivent tenir à titre de « normaux ». Nos données vont dans le sens des écrits de Goffman datant de 51 ans : les modes d'acquisition des normes sociales semblent se perpétuer. Mais est-ce là un réel problème ?

De plus, ces narratifs proposent une interprétation de l'histoire avant la maladie selon un paysage de conscience. Celui-ci révèle l'internalisation d'un scénario commun énonçant ce qu'il devrait être. Nous pensons à Jenny qui évoque la crainte de décevoir ses parents parce qu'elle n'a pas de maison et/ou de voiture. Cela rejoint et justifie l'emploi du narratif comme concept théorique permettant la compréhension de l'aspect relationnel de la stigmatisation. D'emblée, il nous faut considérer que les narratifs recueillis l'ont été suite à un processus de stigmatisation engendrée par la

maladie. Ainsi, ils ne peuvent se raconter en omettant ce passage et donc nécessairement leurs narratifs concernant leurs antécédents biographiques sont influencés par ce dernier. Goffman résume bien cette idée « lorsqu'il retrace son itinéraire moral, l'individu stigmatisé fait ressortir pour les enrichir certaines expériences qui lui serviront à expliquer comment il en est venu aux opinions et comportements qu'il a désormais. » (Goffman, 1975, p. 53)

Par conséquent, la qualification d'un vécu familial violent évoqué par les participants soutient cette idée. Tout comme la crainte de décevoir, l'ambivalence relationnelle rapportée par certains, le rapport particulier à l'autorité pour d'autres et la recherche de sa place dans un groupe chez certains. Chacune de ces expériences revisitées du passé devient une justification ou une explication de leur façon d'être et de penser d'aujourd'hui. Elles deviennent des indicateurs de ces scénarios internalisés véhiculant les normes et valeurs préconisés dans la société.

De plus, cette réinterprétation biographique de leur vécu rejoint la notion de double description inspirant l'approche narrative en thérapie. Le premier niveau de cette description effectuée par les participants vise à décrire comment ce vécu a pu, d'une certaine manière, influencer sur l'avènement de la maladie ou a influé ultérieurement sur la vie de leur problème de santé mentale. Ainsi, les narratifs recueillis sur l'histoire antérieure de la maladie s'associe au premier niveau de description. Rappelons que la double description est une notion que l'approche narrative a emprunté des travaux de Bateson (1972-1979). Ainsi, l'histoire relatée ne peut qu'être nécessairement « une réfection » plus ou moins radicale de ce que la personne se fait de son passé : de son histoire. C'est là, où, dans un contexte thérapeutique, nous aurions eu à ouvrir sur une autre possibilité, généré les autres « soi » disponibles en accompagnant la personne vers une description orientée sur le réseau d'influence ayant nourri le problème de santé mentale. En somme, voici l'une des limites de l'entretien compréhensif, conformément à sa structure, il ne peut que théoriquement susciter des narratifs de

premier niveau de description qui, eux, nécessairement encouragent la stigmatisation. Nous avons traduit cette préoccupation dans notre note de bas de page afin d'expliquer notre malaise à investir ce narratif relaté concernant la violence vécue. À notre avis, pousser la description ne ferait que maintenir la personne à ce premier niveau de compréhension du soi et ne fait que solliciter des narratifs contribuant à une forme de victimisation qui engage un comportement et un narratif en cohérence avec leur stigmat.

Outre cette logique de réfection du passé en cohérence avec l'itinéraire psychiatrique qu'ils ont traversé, ils ont aussi révélé certaines réserves concernant les transactions sociales. Goffman (1975) parlait de « porte-identité » pour justifier les mécanismes de contrôle de l'information qu'une personne stigmatisée utilise afin de préserver son « identité personnelle » dans l'interaction. Ainsi, un porte-identité est une image mentale que l'on se fait de l'autre. Dans nos données, nous soulignons l'usage de la comparaison avec les autres membres de la fratrie qu'effectuaient certains des participants. « Je ne suis pas comme mon frère ou ma sœur » évoque cette image mentale que l'on se fait de lui tout comme d'une place particulière qu'il devrait occuper. Ainsi, les données soulignant la défaillance qu'ils perçoivent par rapport aux attentes relationnelles induites dans le microcosme familial ne sont qu'une illustration à petite échelle des attentes de performance prescrite au plan sociétal. Par conséquent, nos données confirment qu'une fois le stigmat apposé une réfection du passé s'opère engageant une réidentification qui, comme le rappelle Goffman, peut parfois se rendre à la « réprobation de soi-même. » (Goffman, 1975, p.48) Ce que nous constatons dans nos données n'est pas nécessairement d'une intensité telle que la réprobation de soi-même, mais plutôt un mécanisme qui semble la justifier par l'agir d'un autre sur le soi. La responsabilité se voit déplacée sur un élément externe à soi-même. Ceci rejoint la notion de mécanisme de défense issue des théories de la psychodynamique (Le moi et les mécanismes de défense, Anna Freud publiée en 1936). Une projection sur l'autre d'une responsabilité que nous avons peine à assumer nous-

mêmes. Nous comprenons que, d'une part, le contrôle de l'information a des visées de préservation d'un soi. D'autre part, afin de protéger l'un des « soi », l'individu cherche à partager cette responsabilité sur l'autre et par ce mécanisme maintenir la possibilité de l'interaction.

D'ailleurs, nous nous expliquons plus facilement le sentiment de fierté que démontraient les participants à relater leur parcours scolaire et d'emploi. Tant leur performance académique que le simple fait qu'ils aient déjà travaillé sont en soi des illustrations de l'intégration des attributs de contingences vécues par les normaux. Ils ont effectivement « tout appris du normal et du stigmatisé. » (Goffman, 1975, p. 48) Ainsi, la notion de contrôle de l'information en matière de l'identité personnelle mis de l'avant par Goffman est de nouveau validée par l'ensemble des données concernant l'itinéraire commun d'un stigmatisé. De plus, elle souligne deux aspects en importance concernant les narratifs rattachés à ce moment de leur histoire. Le récit du vécu est nécessairement influencé par la traversée de l'expérience de la psychiatrisation et propose une certaine « réfection » de cette histoire en mettant l'accent sur certains éléments de celle-ci. Cette sélection qui s'opère traduit une stratégie de négociation en relation avec l'identité qui vise à la fois à contrôler ce que l'Autre peut savoir ou sait de nous devenant ainsi une source de tension au sein de l'interaction et qui reconduit la personne à toujours considérer le stigmate qu'elle porte.

L'ensemble des notions théoriques associées à la notion de stigmate nous éclaire sur le concept d'identité, mais surtout sur les mécanismes, stratégies ou bricolages mobilisant diverses facettes de cette dernière dans sa relation au stigmate. C'est en résonance théorique avec une tendance qu'a la personne stigmatisée de faire usage d'un certain type de bricolage des sois disponibles nous permet de mieux saisir les différentes phases ou étapes de l'itinéraire commun. Que l'on parle de réprobation de soi de réfection du passé dans leur narratif, nous comprenons qu'il y a une facette

d'eux qui se mobilisait, se défendait ou s'adaptait afin de « préserver » l'interaction, la transaction sociale. Nous présentons notre description et compréhension de ces stratégies identitaires afin de poursuivre l'analyse des résultats.

5.2 Une tendance figurée : les facettes du soi mobilisées

Nous présentons trois tendances que les individus ont utilisées afin d'interagir socialement. Nous décrirons l'usage de cette tendance en utilisant le terme facette. Généralement, nous exprimons qu'une des facettes du soi se déploie plus régulièrement dans certaines parties de l'itinéraire morales partagées par les individus stigmatisés. Certaines ayant été plus mobilisées que d'autres, elles sont apparues dans les narratifs au fil de nos entretiens et nous permet de les considérer comme des indicateurs d'une tendance. Ainsi, nous avons élaboré cette notion de facette identitaire aux égards de la manière dont ils ont fait sens des différentes phases de leurs parcours d'adaptation. Nous venons de présenter la phase préalable : les antécédents personnels ou l'histoire avant la maladie afin d'inscrire cette notion « d'itinéraire moral commun » ayant déjà été théoriquement exprimée dans les travaux de Goffman. (1968 -1975) À ce narratif théorique soutenu par le modèle de Goffman, nous avons construit cette notion de facette identitaire considérant le parcours d'adaptation des personnes stigmatisées, et ce, en y ajoutant nos observations lors des rencontres; de leur perception face à l'épisode de soin hospitalier en psychiatrie, de leur perception de la psychiatrie en général qui s'est répercutée dans la manière de se décrire eux-mêmes dans les transactions sociales.

En effectuant cet exercice, nous connaissions les limites de tel procédé et surtout nous avions conscience qu'elles nourrissaient ce que nous tentons d'éviter : catégoriser les individus, les circonscrire à une liste organisée de traits et d'attributs. Pour les bienfaits de la discussion autour des résultats, cette notion de facette devient un moyen de mieux saisir le processus dynamique qui qualifie les différentes phases

d'un parcours d'adaptation au plan identitaire et de dépendre les processus d'identification à la pathologie psychiatrique et les narratifs identitaires pouvant se bricoler par la suite.

À notre avis, elles permettent d'imager notre compréhension de ce que représente la notion d'identité dans une mouvance dynamique et illustrent comment les dimensions identitaires s'activent dans les transactions du quotidien. Nous définissons une facette comme une dimension de l'identité correspondant au mode de réponse qui se mobilise pour maintenir l'interaction. Cette facette n'est pas nécessairement déterminée, finalisée et figée et elle ne qualifie pas l'ensemble d'un individu. Ainsi, une facette reflète une stratégie desservant les usages, les transactions sociales du quotidien. Par conséquent cette « facette » évoque que par moment, dans un contexte donné, l'identité peut s'orienter dans une certaine direction. Tout en considérant que nous réévaluerons toujours si cette direction est en cohérence avec ce que l'on est et ce que l'on nous dit de ce que l'on est. Cette facette traduit le procédé d'identification, le moyen par lequel le soi cherche à se relier au contexte entourant l'interaction. Enfin, ce que nous définissons comme facette transmet le caractère dynamique de l'identité. Nous rappelons que l'identité est une construction en appelant nécessairement à la relation du Soi à l'Autre. Une facette identitaire est mobilisée au sein des diverses transactions de la vie quotidienne. Ainsi, la manière dont elle se présente dans les narratifs recueillis lors de nos entretiens, nous informe à la fois du « paysage de conscience » permettant à la personne de faire sens dans l'interaction, mais aussi du processus d'identification en cours.

Trois facettes identitaires ont émergé : le résigné, le revendicateur et le résilient. Goffman dans son étude des usages sociaux des handicaps avait fait ce même exercice afin de qualifier les différentes phases de l'itinéraire moral que traverse une personne stigmatisée. Nous ne prétendons pas à une telle profondeur théorique. Nous l'envisageons plutôt comme un portrait actualisé, une photo effectuée dans un

moment donné, en 2013, dans un contexte culturel, économique et politique particulier. Le fruit d'un modeste corpus de données qui effectivement concorde avec les propositions théoriques issues des travaux de Goffman (1968, 1975), voir même en confirme la validité au plan théorique. Nous souhaitons par cette présentation des facettes favoriser une meilleure compréhension de la relation complexe existante entre le stigmaté et l'identité et en illustrer le dynamisme.

5.2.1 Une facette de résigné, ou l'action de cesser d'assumer une part de soi.

Lors des interactions, l'interprétation que l'autre lui propose au sujet de lui-même n'est pas remise en question, elle devient ce que Foucault (1980) appelle un « récit de vérité. » Cette facette du soi que nous déterminons comme « résigné » se remet peu en question. Son expérience est résolument ordinaire et semble même effacée. Cette facette identitaire se mobilise afin de se conformer aux attentes et aux prescriptions internalisées. Une facette identitaire résignée correspond à l'image que l'on se fait du « bon patient » dans le langage médical : celui-ci prend sa médication, se plie aux multiples essais pharmacologiques sans broncher, il collabore avec les soignants, il respecte les règles et les cadres lorsqu'on lui prodigue des soins. Cette facette du soi transige au quotidien dans les limites qu'on lui a indiqué : elle est celle qui est résignée, elle a cessé d'assumer qu'elle peut aussi s'améliorer. En quelque sorte, cette facette du soi communique qu'elle est déterminée par le diagnostic, par son stigmaté. Elle agit et réagit selon les déterminants reliés à ce dernier. De par cette stratégie identitaire, l'agir se colle aux conseils et recommandations des professionnels, elle engage des actions aux apparences machinales de par ce qu'on lui propose de faire pour s'aider. Cette facette du soi nous semble engluée et limitée dans une histoire de rejet et d'abandon. Elle favorise l'effacement lors des interactions et épouse un registre d'émotions principalement neutre. Généralement, voici ce qui qualifie la facette identitaire résignée qui se mobilise lors de certaines

interactions au sein de cet « itinéraire moral commun » et lors des transactions au quotidien.

Nous avons abordé cette facette de l'identité lorsque nous avons traité du vécu lors de l'hospitalisation. Lors de notre présentation des données, nous soulignons que cette stratégie identitaire devenait une polarité dans laquelle s'inscrivait le comportement des personnes pendant l'épisode de soin. Ainsi, une personne décrivait qu'elle respectait les attentes des équipes en effectuant ses soins d'hygiène ou qu'elle participait aux activités proposées : se rendre à la salle commune, faire des activités en ergothérapie, etc. Elles sont des illustrations du déploiement de cette stratégie identitaire de « résigné ». L'originalité de l'analyse des usages est que, chez un même individu, plusieurs « soi » sont disponibles. Ce que nous évoquons par cette idée de facette est justement que selon les contextes, le moment dans l'itinéraire, la personne use de stratégie afin de « jouer » l'interaction et qu'elle mobilise l'une de ses facettes identitaires plus qu'une autre. Par conséquent, lors de l'hospitalisation dans l'itinéraire commun raconté, certains ont usé d'une stratégie se rattachant à cette facette identitaire que nous qualifions de résignée. Ils se sont conformés aux règles et aux attentes du personnel, ont adopté cette routine imposée sans broncher, sans poser de question. Les narratifs d'Ariane sont de bons exemples de cette facette identitaire de résigné.

La qualification de leur relation avec le psychiatre est aussi révélatrice de la facette identitaire s'étant mobilisée. La stratégie identitaire résignée n'a pas recherché à savoir formellement le diagnostic. L'absence de conversation thérapeutique autour de la pathologie n'a pas laissé de trace dans le narratif. En somme, le psychiatre détient le savoir requis et nécessairement ce qu'il détermine comme la pathologie est vraisemblable. Ce qui se mobilise par la facette identitaire du résigné est un silence, une absence de questionnement. Cette absence de questionnement est aussi présente dans les interactions au niveau du traitement pharmacologique : ils doivent prendre

une médication et ne pas remettre en question le besoin de celle-ci dans leur quotidien. Les narratifs traduisent cette stratégie identitaire évoquant une résignation, un renoncement à ce qui pourrait être autrement en quelque sorte.

Dans le quotidien, l'usage de cette stratégie s'active pour justifier le fait qu'ils se doivent de se restreindre à la gestion de la quotidienneté comme principale tâche occupationnelle. Le travail n'est simplement plus possible de par la pathologie et donc cette facette identitaire s'active comme modalité de gestion de l'impossibilité voire même de cette prescription implicite induite par le stigmate qu'est la maladie. Enfin, la stratégie identitaire du résigné se mobilise au plan relationnel en prônant l'isolement social ou une mise à distance de l'Autre. Nous le relevons dans l'analyse thématique, la relation à l'autre est une source d'anxiété de par le reflet qu'elle offre de leurs lacunes, de leurs altérités. Or, la mise à distance est révélatrice de cette résignation au plan identitaire. Ils assument, en quelque sorte, ce reflet relationnel de ce qu'il croit que l'autre perçoit. Ainsi, s'isoler prévient en quelque sorte une certaine forme de confrontation avec laquelle stratégiquement cette facette résignée cherche justement à éviter.

Enfin, ce que nous venons de proposer en discutant de cette stratégie identitaire, de cette facette du soi qui se mobilise ou prend les devants si nous pouvons dire sur d'autre dimension du soi peut, à la fois traduire une tendance généralisée chez un individu stigmatisé d'user d'une stratégie plus qu'une autre. Donc, de faire appel à cette facette identitaire plus qu'à une autre. Cependant, nous ne pouvons que la qualifier de tendance générale dans les usages des stratégies identitaires relatives au stigmate. D'une part, un individu dans sa communauté d'expérience peut parfois user d'une autre stratégie identitaire à un moment donné sortant ainsi de son mode général de fonctionnement sur le plan de l'adaptation. Nous le répétons à mainte reprise dans le cadre théorique, les processus d'identifications sont multiples, adjoint à des contextes pluriels. Il y a plusieurs « soi » de disponibles en soi. Cependant, nous

dégageons une tendance chez un même individu à faire usage d'une même stratégie identitaire afin de faire sens de son expérience, de s'adapter à certains contextes ou face à un certain type d'interlocuteur.

5.2.2 La facette du revendicateur : action de se défendre – de confronter ce que l'on arrive difficilement à assumer.

Cette facette revendicatrice se mobilise comme une forme d'opposition envers ce qui semble injuste chez un individu dans son itinéraire de soin ou dans les transactions de son quotidien. D'une part, cette facette identitaire se mobilise en une forme de remise en question, et ce malgré bien des années de recul. Cette facette du soi traduit le doute de l'interprétation apposée par l'Autre. Elle se mobilise en résistant aux recommandations et conseils qu'on lui prodigue. En quelque sorte, cette facette revendicatrice au plan identitaire défend le droit à l'altérité, à la différence et justement semble questionner la définition de ce qui est « normal ». La facette du revendicateur se mobilise dans un mode offensif qui prend l'allure d'une opposition systématique lors de certaines interactions. Les narratifs sont formulés de manière à traduire un sentiment d'injustice et la sélection des faits dans cette réfection de leurs histoires nourris ce sentiment d'injustice et le doute d'être injustement traité et considéré. Sa modalité d'expression principale reste la question et elle ne se satisfait pas facilement des réponses offertes. Le registre émotionnel est palpable : colère, agacement, irritation sont souvent perceptibles dans les manières de se raconter et s'active principalement face à une autorité avec laquelle ils ont peine à négocier. En somme, c'est un soi préoccupé détectant le jeu de pouvoir sous-jacent aux diverses transactions sociales. Les narratifs de Guylaine, Bertrand et Mathias sont des exemples de cette facette identitaire revendicatrice.

Lors de la présentation de nos données, nous avons vu cette facette revendicatrice se mobiliser dans le contexte de l'hospitalisation. Pensons à Mathias qui avait tenté de

créer un syndicat où, lorsque Guylaine nous raconte sa fugue de l'hôpital. Cette facette du soi qui se mobilise en plan identitaire dénonce la norme en vigueur et remet en question le contrôle perçu par celle-ci. En somme, cette facette identitaire se mobilise pour confronter les attentes sous-jacentes aux comportements qu'implique l'interaction dans un contexte d'autorité. Nous proposons que cette facette de soi traduise une réaction à l'imposition d'un soi relié au processus de la stigmatisation. Ainsi, elle devient un moyen de détecter les mécanismes de contrôle social qui se déploient dans une institution de soins qui contribue à l'imposition d'attribut. Par conséquent, cette facette du soi revendicatrice nous permet d'accéder aux « narratifs normalisateurs » ayant remplacé les jugements moraux. Nous avons expliqué cette notion lors de la présentation théorique de l'approche narrative de White et Epton (2003) et de ses inspirations des écrits de Foucault traitant des techniques de pouvoir.

Lors de l'analyse thématique, l'hospitalisation réunit plusieurs techniques de pouvoir en organisant les gens dans l'espace et les « enregistrent et les classifient, excluent des groupes et attribuent une identité, isolent les gens et assurent un moyen efficace de surveillance ou d'évaluation. » (White et Epton, 2003, p.22-25). Nous proposons simplement qu'en réaction à de telles techniques, une facette de soi revendicatrice se mette en place afin de négocier avec cette forme de contrôle. Goffman (1975) soulignait que le contrôle de l'information par l'usage de subterfuge avait pour but de maintenir l'interaction. Ainsi, nous proposons que cette facette devienne une sorte de mécanisme de « survie » identitaire et un « subterfuge » afin de renégocier, nous dirons même de reprendre le contrôle sur ce que l'on diffuse de soi. Ainsi, cette facette revendicatrice du soi, nous éclaire à la fois les propositions théoriques concernant les techniques du pouvoir, mais aussi celle concernant l'itinéraire commun. Enfin, elle rejoint à la notion d'être « discréditable » issue de la stigmatisation conformément aux propositions explicatives de Goffman dans son étude sur les usages sociaux des handicaps. (1975)

Cette facette identitaire revendicatrice semble, dans une certaine mesure, une stratégie permettant à la personne de remettre en question le stigmatisme qu'est le diagnostic et d'adopter une position active dans son parcours d'adaptation amorcée par l'hospitalisation. Cette dernière symbolisant le stigmatisme devient un appel pour cette facette identitaire à la mobilisation. Conséquemment, elle s'active aussi au sujet de la médication. Conformément à nos résultats, ils n'évoquent pas des narratifs standardisés à son sujet, la médication mobilise cette facette revendicatrice par le doute quant à l'obligation d'user de cette dernière de manière permanente. Encore une fois, nos données rejoignent les avancées de Goffman tant qu'au symbole de stigmatisme, faire usage d'une pharmacothérapie est un symbole, une certification de cette faille qui jette sur eux le discrédit. Lorsque Bertrand interviewé nous évoque son besoin de dissimuler sa médication lorsqu'il va se la procurer à la pharmacie illustre cette notion de symbole de stigmatisme. Bref, cette facette de soi révèle à la fois cette conscience des conséquences du stigma d'un diagnostic et du traitement qui lui est associé. Nous proposons qu'elle s'active afin de rendre justifiable ce qui a été de prime abord « internalisé » par la personne comme injustifiable et honteux. Donc, remettre en question la médication, questionner et connaître sa médication deviennent des traces de cette revendication au plan identitaire servant le parcours d'adaptation chez un stigmatisé.

De plus, cette facette identitaire revendicatrice se manifeste dans la manière dont une personne récemment stigmatisée se positionne par rapport à son « groupe ». Une fois de plus, les propos de Goffman (1975) se trouvent actualisés de par l'analyse de nos données. La facette revendicatrice identitaire active une optique de comparaison visant à établir qu'il existe des « plus » malades que soi en produisant une explication justificatrice de leur posture vis-à-vis le groupe. Ainsi, cette facette revendicatrice du soi se mobilise afin d'affirmer qu'ils sont dans cette nécessaire relation de soi à l'autre en produisant des narratifs imprégnés d'ambivalence à être affilié ou associé à leurs pairs de manière systématique. L'usage de la facette du soi revendicatrice sert

justement à spécifier et à produire un narratif justifiant une telle affiliation. Elle sert à la fois à la reconnaissance des attributs qu'ils partagent tout comme à se distancier de ceux-ci. Les justificatifs évoqués dans nos données sont le degré d'autonomie et le niveau de conscience relié à ce dernier. D'une certaine manière, cette part du soi revendique systématiquement les attributions « gratuites » et mobilise une réflexion identitaire proposant une forme d'utilité au stigmaté qu'engendre le trouble mental.

Enfin, la facette du soi revendicatrice est aussi utile dans la gestion de la quotidienneté. À notre avis, elle se mobilise afin de justement repousser les limites que leur impose la pathologie et remet en question ces dernières. Elle cherche, d'une certaine manière à « déjouer » les préjugés et à produire un discours dénonçant ceux-ci. Nous pouvons traduire cette idée par nos données lorsqu'il dénonce le discours social en ce qui concerne les assistés sociaux. Cette facette revendicatrice propose une lecture justifiée de leurs limites tout en énonçant qu'elle ne repose pas uniquement sur leur volonté. Ainsi, cette facette du soi dénonce l'injustice de ce raisonnement social et l'aspect généraliste qu'elle suppose. Nous réitérons cette idée que les multiples facettes de soi se déploient dans des contextes donnés pour servir l'adaptation aux contraintes de réalité et visent à orienter l'action dans une direction cohérente avec les sois disponibles. Cette tendance dans l'usage d'un soi plus que d'un autre disponible en eux propose une dernière facette du soi : celui qui rebondit, le résilient. Nous rappelons que notre proposition des facettes identitaires vise à mieux servir la compréhension du procédé de stigmatisation et d'un certain registre de soi dont l'individu dispose afin d'interagir au plan social.

5.2.3 La facette résiliente : un soi rebondissant assumant le douloureux passage entre ce qu'il a été, était est devenu au-delà du stigmaté.

Cette dernière facette au «registre des sois» révélatrice des usages identitaires de nos participants est celle de résilience. D'abord, cette partie d'eux-mêmes semble avoir

engagé une conversation intérieure afin de faire sens de cette expérience psychiatrique non uniquement par les symboles de stigmat. La blessure identitaire que représente ce dernier est extériorisée et utilisée afin de faire sens autrement que par la « maladie ». Cette facette du soi évoque un pôle critique en relation avec le vécu des symptômes reliés à la maladie et, face au diagnostic en tant que tel. Elle engage une vision panoramique du vécu psychiatrique qui s'est constitué en se responsabilisant dans la fabrication de sens par ce dernier. C'est cette facette du soi qui a négocié et reflète une certaine assimilation de l'identification par le diagnostic proposé au fil de son expérience.

Cette facette du soi résilient peut bricoler de nouveau narratif en y intégrant ses découvertes et en les mettant en perspective. La relation qu'il considère comme thérapeutique n'est pas nécessairement celle qu'il a entretenue auprès du personnel rencontré lors de ses hospitalisations. Ce soi résilient propose un positionnement plus nuancé concernant ses relations avec les professionnels : il a de bons professionnels et des mauvais, la question est de trouver celui qui lui convient. Cette facette de résilience suppose qu'il n'y a pas de possible standardisation dans une relation thérapeutique et a conscience de cet aspect dans sa réflexion face à son vécu. Elle engage à prendre des initiatives afin de s'aider et ne pas être à la remorque des recommandations et des prescriptions des divers professionnels. Bref, elle évoque plus que d'avoir accepté simplement le diagnostic, elle sous-tend avoir appris à composer avec cette partie de lui-même en recherchant un équilibre en constante redéfinition. Cette facette du soi permet à l'individu de ne pas uniquement se considérer par la maladie ; il n'est pas la maladie, il est d'abord et avant tout une personne aux prises avec des difficultés brouillant l'interface relationnelle au plan social. C'est par cette facette du soi qu'il peut assumer sa responsabilité quant à la mise en application de moyens afin de parvenir à les surmonter. La médication n'est pas pour lui une fin en soi, mais bien un coup de main afin d'accéder à ses ressources lui permettant de retrouver son équilibre. Au final, cette facette résiliente du soi

engendrer une projection dans un futur, celle-ci permettant à l'individu de caresser des projets et des rêves tout en évaluant le réalisme de ceux-ci.

Cette facette du soi n'a pas été fréquemment relevée dans notre présentation de données. Nous en avons eu un aperçu en association principalement avec le vécu au quotidien et dans leur positionnement face à leur avenir et leur projet. En fait, cette facette identitaire qui apparaît nous semble en construction et en devenir. Cette facette de résilience semble se mobiliser surtout lorsqu'il s'agit pour nos interviewés de se projeter de l'avenir. Lorsque Jenny nous parle de son projet d'étude et de son « avenir d'intervenante », cette facette du soi nous apparaissait comme résiliente. Elle se projette dans l'avenir, mais surtout elle engage une facette de soi en devenir, un potentiel qu'elle est en train de construire. Un contexte qui est momentanément hors de la portée de son stigmatisme dans une certaine mesure. Nous pourrions avancer que cette dimension identitaire n'est plus nécessairement mobilisée en réaction à un contexte porteur d'injustice ou face à un interlocuteur précis. En somme, elle ne s'active plus en fonction du sentiment d'être discréditable par son stigmatisme. Elle recherche plutôt à activer les autres dimensions du soi disponibles afin d'exister autrement, dans un contexte projeté hors des contraintes du stigmatisme, mais réaliste. L'illustration du désir de Jenny d'être intervenante et même le fait qu'elle ait travaillé auprès de clientèle vulnérable lors de son stage incarnent bien cette facette de résilience, elle a été intervenante sans être nécessairement une personne ayant un problème de santé mentale.

Une autre illustration issue de nos données provient de Mathias. Ce dernier nous partage la gestion de son trouble mental et la prise en considération de ses symptômes afin de ralentir son rythme de vie tant au niveau du travail, que dans ses relations sociales. Dans la présentation de ses usages, Mathias mobilise cette facette de résilience. De plus, cette facette nous semble un mode émergent c'est-à-dire qu'elle s'associe à des narratifs qui ne font pas que nourrir le stigmatisme. Dans une certaine

mesure, elle se dégage de ce dernier afin de faire sens autrement, en dehors du discrédit. Ainsi, pour Mathias ralentir, agir en fonction de son besoin afin de retrouver l'équilibre est de l'ordre de la facette de résilience. Ralentir, se retirer, et tous les autres moyens qu'utilise la personne ne sont plus exprimés en fonction de l'interlocuteur ou des contraintes reliées au contexte. Elles sont présentées comme des modalités normales, à la limite évidente. Cette dimension identitaire produit un narratif d'affirmation de son besoin d'équilibre. Une nuance possiblement subtile se produit par cette illustration, les facettes identitaires ne se présentent pas uniquement sur un mode défensif. Une facette peut aussi jouer l'affirmation d'une dimension plus positive du soi, un soi d'exception, celui qui échappe aux contraintes en provenance du stigmaté puisqu'il se relie à un contexte différent un besoin ou un avenir.

En somme, cette facette de résilience est l'une des principales traces dans nos données de l'existence des narratifs d'exception issue des propositions théoriques de White et Epsom. (2003) Elle forme une indication de l'existence de résidus identitaires pouvant échapper au déterminisme du stigmaté. Nous soulignons qu'elle est n'est pas la fréquente dans notre corpus de données. Vraisemblablement, par la nature de l'entretien de recherche, cette facette de résilience n'est pas assurément au rendez-vous dû à ce contexte induit par la méthodologie. Comme l'indique la présentation du mode de questionnement lors d'entretien clinique issue l'approche narrative (Epsom et White), elle pose justement une manière particulière de soulever les questions favorisant l'émergence de narratif d'exception. Un entretien méthodologique n'ayant pas une visée thérapeutique et n'a pas nécessairement le même objectif.

Toutefois, cette facette de résilience nous propose des pistes de recherche potentielles à explorer en ce qui a trait à l'identité. L'identité dans ces multiples dimensions ne génère pas uniquement des disponibilités, mais aussi des possibilités dans l'avenir. Par conséquent, cette facette identitaire devient une stratégie permettant à une

personne de se projeter dans l'avenir, de rêver et d'ensuite agir afin de réaliser ses possibilités qu'elle se révèle. Ainsi, multiplier des questions de types projectives permettrait à un contexte imaginaire, fictif d'être considéré et théoriquement faciliterait l'usage de cette facette identitaire.

Nous terminons cette discussion en ce qui concerne les facettes identitaires en réaffirmant qu'elles ont été pour nous une sorte d'analogie nous permettant de mieux saisir le dynamisme et la mouvance du concept d'identité dans son irréductible relation du Soi à l'Autre soumise aux pressions d'un contexte. En y ajoutant la communauté d'expérience partagée par des personnes stigmatisées, nous avons réalisé un double objectif : explorer à la fois ce que les personnes stigmatisées racontent sur eux, mais, aussi, comment cette interprétation identitaire se reflète dans l'interaction au quotidien. Cependant, il reste des résidus issus de notre corpus soulignant les lacunes de notre cadre explicatif que nous présenterons afin de clore ce chapitre.

5.3 Les limites du cadre théorique : lieu de question proposant d'autres perspectives de recherche.

Essentiellement, la notion de stigmat et les propositions théoriques de Goffman (1975) la modélisant comme un enjeu actif dans l'ordre de l'interaction au quotidien reste valide. Actualisé dans un contexte de post-institutionnalisation, le mécanisme par lequel on attribue le stigmat tout comme la gestion de ce dernier perdure dans la quotidienneté selon ce que nous avons présenté. Goffman (1975) nous propose cette mécanique de la stigmatisation en ayant méthodologiquement recherché par l'observation des traces objectives (symbole de stigmat, porte-identité, couverture, etc.) afin d'illustrer à la fois le procédé, mais aussi sa résultante dans l'interaction. Là, où nous décelons une limite est par la projection subjective que ce fait un individu de lui-même quant à ses possibilités. Lorsque la personne parvient à se dégager du

contexte, elle parvient en quelque sorte à faire abstraction momentanément du stigmaté et de ses contingences reliées au contexte, elle use d'une stratégie identitaire, d'une figure émergente que nous avons présentée comme celle de la résilience. C'est justement par cette figure qui devient possible pour la personne de produire de nouveaux narratifs, de dégager de nouvelles possibilités quant à son avenir. Ce qui rejoint dans l'approche narrative de White et Epsen (2003) la notion de narratif d'exception. Ceux-ci sont « générables » lorsque l'on parvient avec la personne dans l'espace thérapeutique à réinscrire le raconté, à lui faire décrire de manière à établir le réseau d'influence externe du problème contribuant à la vie interne de ce dernier. En quelque sorte, cette limite du modèle de Goffman affirmant l'omniprésence de la négociation avec le stigmaté chez un individu provient à la fois de la nature objective des indicateurs qu'il a recueillis (porte-identité, couverture, symbole de stigmaté) sillonnant le parcours d'adaptation de la personne. Les explications sont plausibles et éclairent l'ordre de l'interaction au plan sociologique et le caractère subjectif de l'usage social du stigmaté est transmis. Cependant, sa méthodologie relevant souvent de l'observation participante, elle ne peut illustrer un contexte anticipé, projeté. Ainsi, Goffman n'était pas en mesure de se détourner du contexte de l'observation. Il ne pouvait observer ce qui pourrait être issu d'une projection subjective de la personne dans un avenir rapproché. Il devenait contraint à interpréter les signes et symboles ancrés dans le contexte qu'il observait.

Outre cette irréductible relation au contexte actuel, l'identité et les facettes qu'elle mobilise afin de transiger avec l'Autre peuvent s'activer en dehors de ce dernier dans une optique de projection. Une projection permettant à la personne d'entrevoir des possibilités d'être différent modulables dans un contexte imaginé. L'exemple de cette projection créatrice de narratif signalant l'usage de la stratégie identitaire de résilience a été illustrée par les propos de Jenny. Cette dernière évoque son désir d'être intervenante, de travailler en relation d'aide, et ce, en dehors de son stigmaté qu'est son diagnostic en santé mentale. Étudiante, elle se construit en ce sens par

l'acquisition de savoir académique et elle réussit par ses stages en milieu de travail à agir dans un contexte différent que celui déterminé par son stigmaté. Elle répondait à la question où elle se voyait dans dix ans : « je ne serai plus dans cet appartement-là : ça, c'est clair : je vais avoir un beau 3 et demi ou 4 et demi, tout dépend si j'ai un copain ou pas... je vais être intervenante ça c'est claire ... ça, c'est clair j'vais être intervenante. Moi, c'est ça que je veux faire. » (Jenny) Cette question induisait une projection dans un contexte différent, libéré des contraintes de la réalité actuelle ce qui l'a conduit à affirmer ses possibilités, ses désirs. Cette illustration des propos de Jenny propose qu'il soit possible de générer des stratégies identitaires, des facettes du soi résilientes d'un passé vers l'avenir. Ainsi, celle-ci pourra se dégager du procédé d'objectivation ayant permis l'attribution d'un stigmaté et l'internalisation de ce dernier.

En somme, ce sont les deux principaux points issus du modèle de Goffman évoquant une certaine limite de ce dernier. L'interaction sociale et ses implications identitaires sont irrémédiablement influencées par un contexte producteur de pression visant l'adaptation des individus stigmatisés. Cependant, le bricolage identitaire peut se distancier, il peut se dégager des contingences du contexte si l'on réussit à accompagner la personne stigmatisée dans une projection fictive, imaginaire d'un contexte. Ce qui entraîne, à la lumière des traces que nous avons observées dans nos données, des narratifs d'exceptions, une facette du soi qui devient résiliente, sujet d'un projet et dans une certaine mesure ayant un avenir offrant d'autres possibilités que celle prescrite par le stigmaté.

Nous terminons cette discussion en réaffirmant que nous n'effectuons qu'une analyse reliée au contexte actuel dans lequel la personne évolue : la mécanique de la stigmatisation proposée par Goffman se trouve confirmée et peu de résidus identitaires nous semblent exempts de son emprise. Toutefois, si nous effectuons un exercice de projection, si nous orientons nos entretiens de recherche vers des

perspectives fictives, projetés, les personnes interviewées mobilisent une stratégie identitaire en devenir, qui elle, semble plus en mesure de s'émanciper des pressions identitaires issues du contexte de l'interaction.

Enfin, cette brèche en provenance du contexte nous permet d'effectuer une ouverture vers la notion théorique du rétablissement. Ce concept théorique aurait été un ingrédient complémentaire intéressant à explorer à travers les narratifs identitaires. Le processus de rétablissement est un concept clinique visant à stimuler l'empowerment des personnes, leur autodétermination et ce, en encourageant les interventions afin que ceux-ci deviennent des sujets de soins. (Quintal & all, 2013, p.57-75) Nous pensons qu'un tel concept joint à celui du narratif et du stigmatisme aurait favoriser l'émergence de données reflétant proposant des narratifs d'exception et ce par l'usage d'une méthodologie encourageant des questions de type projectives. Toutefois, nous n'en dirons pas plus sur le sujet du rétablissement puisqu'il nous engagerait sur un tout autre projet de mémoire. Cette incursion vers une autre notion théorique vise à souligner qu'il existe des traces identitaires en devenir. Celle-ci nous signale la pertinence d'un changement du positionnement d'une personne en tant qu'objet de soin en une personne sujet de soin. Ainsi, les ramifications théoriques associées au concept du rétablissement semblent superficiellement offrir plus de possibilités projectives pour les personnes et ainsi, formuler des narratifs engageant une déstigmatisation chez les personnes ayant une problématique de santé mentale. Du moins, nous devons admettre qu'à la lumière de nos données, le contexte actuel favorise les pressions identitaires consolidant le stigmatisme et engendre l'usage de stratégie identitaire contribuant à son implication au sein des interactions. Toutefois, les résultats nous ont aussi permis d'entrevoir qu'il existe une « échappatoire » possible : être autrement à l'avenir, dans un contexte différent définit non uniquement par le stigmatisme qui les affligent. Ainsi, comme le titre la récente parution dont nous venons de référer, ils deviendront : « une personne pas une maladie. »

CONCLUSION

Au début de ce texte, nous amorçons en construisant une problématique proposant qu'à la base, nous ne percevions les personnes aux prises avec une maladie mentale qu'à travers leur diagnostic. Nous postulions l'existence d'une hégémonie d'un narratif médical sur les récits identitaires produits par l'individu; la richesse de l'identité personnelle devenant alors subjuguée devant un narratif institutionnel. Utilisant un cadre théorique construit autour des notions de narrativité, de stigmatisation et d'identité, et au moyen d'une méthodologie qualitative basée sur des entretiens multiples avec des personnes ayant fait l'expérience de la maladie mentale, nous voulions décrire et présenter les histoires vécues par ces personnes. Nous voulions également voir comment ces histoires, ces narratifs s'inséraient dans un processus de création et d'entretien d'un stigmat social.

L'une des principales préoccupations au cœur de notre recherche, préoccupation liée à l'intervention est qu'au-delà des résidus des interventions institutionnelles, les personnes aux prises avec un trouble mental peuvent faire sens de leur vie autrement que par la maladie mentale. Pour ce faire, il nous faut aussi reconnaître la stigmatisation que nous encourageons par nos pratiques « médicalisantes ». En contextualisant la souffrance des personnes ayant un problème de santé mentale uniquement à l'intérieur de la maladie, nous discréditons le sens que la personne peut faire de sa vie et nous lui attribuons une catégorie réductrice et diminuant ses possibilités. Voilà un stigma invisible bien présent dans le quotidien de ceux ayant été catégorisés de malades mentaux. Sous cet appareillage théorique, nous portons le souhait d'explorer les avenues possibles afin que le travail social auprès de ces personnes agisse autrement qu'en support de l'institution médicale. De plus, nous partageons la conviction d'Epson et White (2003) selon laquelle l'espace

thérapeutique est un lieu devant être destiné à la libération et la déconstruction du « savoir-pouvoir » afin de favoriser à la fois la communication, une manière de dire autrement l'objet de notre souffrance et, ainsi, favoriser l'émergence d'un sujet impliqué dans son rétablissement.

À la fin de la démarche, que reste-il de ces objectifs et de ces intentions?

Globalement, nos résultats de recherche appuient l'idée d'une pluralité des possibles explications et narratifs autour d'un problème social. Une pluralité qui a produit en nous, chercheur en devenir, bien des soucis. Nous avons rencontré des personnes dont le récit était coincé dans une « brume mnésique ». Malgré leur effort pour se raconter dans l'exactitude, les récits exprimés ont été parfois imprécis et d'autres n'ont simplement pas pu exister. Toutefois, l'ultime difficulté fut pour nous l'analyse des données recueillies. Malgré la division thématique suggérée, avant-pendant-après, tous les sous-thèmes associés et discutés nous semblaient pourvus de nuances capitales et/ou proposant un éclairage différent sur le problème préalable : nous ne percevons que les personnes ayant un problème de santé mentale qu'à travers ce dernier. Ainsi, nous avons appris à faire des choix soutenus par notre devis et en cohérence avec notre cadre théorique ce qui dans la pratique a été un défi que nous considérons comme relevé.

En ce qui a trait à la discussion des résultats, nous n'avons qu'essentiellement réaffirmé ce que Goffman (1968) avait mis en lumière par son étude sociale du discrédit associé au handicap ce qu'il appelle le stigmat. L'explication théorique qu'il proposait sur le mécanisme de la stigmatisation et ses répercussions au plan identitaire reste valable dans le contexte actuel. Seulement, lorsque nous sortons du contexte, que nous faisons l'exercice auprès de la personne de se projeter dans un contexte imaginé, futur le stigmat ne semble plus avoir la même emprise. L'individu peut se construire autrement, il se libère de la contingence reliée à la

réalité dans laquelle il vit. D'une part, le processus d'identification et de stigmatisation est effectif dans un contexte donné. D'autre part, si l'on modifie le contexte, si l'on encourage la projection dans un « imaginaire contextuel autre » l'individu se trouve en mesure de se raconter autrement que par son stigmat. Par conséquent et à la lumière de nos résultats, nous constatons qu'il y a peu de résidus identitaires n'ayant pas été affectés par le narratif médical composé par le couple diagnostic/médication. Toutefois, se raconter différemment, faire sens autrement que par la maladie devient possible lorsque l'on sort du contexte de cette dernière pour s'engager dans un contexte imaginaire, là où tout redevient possible. Ainsi, l'espace thérapeutique devient un lieu privilégié et sécuritaire afin d'entraîner, d'encourager la personne souffrant de problème de santé mentale à générer des narratifs issues de contexte imaginé, futur exempt des facteurs de contingences consolidant leur stigmat.

Donc, le défi reste entier au plan clinique et au plan de l'intervention : susciter des narratifs d'exception auprès des personnes ayant un problème de santé mentale reste une approche nouvelle et peu utilisée de leur problème. Les récits favorisant une déstigmatisation pourraient correspondre, dans un premier temps, à l'exercice de la conversation thérapeutique préconisée par Epsom et White (2003) dans l'approche narrative où la personne établit le réseau de relation nourrissant son problème et est conscient des enjeux de pouvoir qui s'y jouent. Dans un deuxième temps, cette conversation thérapeutique devrait se conduire sur ce qu'il pourrait être dans un contexte imaginé, ce qu'il serait. Dans le récent ouvrage *Je suis une personne pas une maladie : la maladie mentale l'espoir d'un mieux-être* (2013) Cécile Cormier pose l'importance d'accompagner la personne dans la recherche des sources d'espoir chez elle. Qu'est-ce qui dans son contexte de vie génère de l'espérance afin de mettre de l'avant son rétablissement, de s'actualiser par delà la maladie, de s'engager dans « un processus de changement. » (Cormier, 2013, p. 100) Nous pensons que nos réflexions autour de l'importance du contexte imaginé, autre que celui imprégné du

stigmatisme concordent avec le fondement de cette idée de l'importance de générer de l'espoir dans les thérapeutiques auprès des personnes ayant un problème de santé mentale. Du moins, la discussion de nos modestes résultats s'oriente vers la même direction : l'importance de générer des contextes d'exception, imaginaires lors de nos interventions. Cette avenue engage la personne à se raconter autrement que par sa maladie et par ricochet lui permet d'envisager sa vie autrement que par cette dernière. De plus, nous soulevons l'hypothèse qu'un contexte imaginé encourage et entretient de l'espoir, l'espérance d'un mieux-être! En fin de compte, l'objectif de nos interventions n'est-il pas de favoriser un mieux-être?

Dans un autre ordre d'idée, le rôle d'agent de changement que peut jouer le travail social au sein de nos institutions de santé pourrait investir la voie de l'éducation et ainsi travailler à la reconnaissance de ce rapport de pouvoir s'érigeant par le savoir d'expert auprès des autres professionnels et surtout auprès des personnes ayant un problème de santé mentale. Favoriser la vulgarisation de son savoir auprès des personnes peut sembler de l'ordre de l'évidence, mais elle n'est pas systématique.

L'efficacité exigée par nos structures actuelles de soins nuit à cet exercice nécessaire de vulgarisation et rend difficile le rééquilibrage du rapport de force « savoir-pouvoir ». Nous persistons à croire qu'il nous faut travailler à décontaminer le contexte et favoriser un rapport égalitaire dans l'espace thérapeutique, peu importe le titre professionnel : médecin, travailleur social, psychologue, ergothérapeute, etc. Ainsi, pour que cette conversation thérapeutique ait lieu, il faut que chacun des protagonistes s'engage dans cette voie et accepte les responsabilités qui en découlent. Par exemple, le travailleur social peut encourager les personnes à engager la « conversation » avec son psychiatre sur la nature de sa pathologie et les questionnements qui l'habitent à son sujet sans nécessairement nourrir la pratique de sens autour de la maladie. Nous préconisons que les interventions des « aidants » engagent dans l'espace thérapeutique des contextes imaginés auprès de cette

personne afin qu'elle puisse se raconter autrement que par le stigmate qu'est la maladie.

Enfin, ces petites solutions énoncées sont simplistes, pauvres considérant qu'elles font suite à un mémoire de recherche. Pourtant, cette modestie est nécessaire : nous avons effectué une étude exploratoire dont la portée reste limitée. Toutefois, nous réalisons que ce sont dans les petites choses telles qu'un simple échange sur l'étiquette, sur l'attribut discréditant peuvent à faire la différence, et ce, peu importe où la personne éprouvant un trouble mental est située dans son parcours de soins.

En ce qui concerne les retombées et les réflexions au niveau de la recherche en science sociale, le narratif identitaire reste un concept intéressant et riche au plan clinique. Nous pensons qu'il serait intéressant de reprendre cette étude exploratoire auprès d'un plus grand nombre d'individus. Aussi, nous serons intéressés à comparer les narratifs identitaires chez les malades mentaux versus les malades physiques. De plus, nous aurions aimé accéder à une étude récente sur la représentation sociale des personnes ayant un problème de santé mentale. Cela aurait nourri notre problématique et l'analyse de nos résultats. Nous préconisons que la recherche en science sociale doive poursuivre la réflexion sur les pratiques d'intervention et qu'elle se doit de contribuer à dégager de nouvelles façons de faire tout en renouvelant notre regard sur les problèmes sociaux.

Enfin, sur un plan plus personnel, la réalisation d'un mémoire de recherche nous a permis de développer un esprit critique face aux recherches et présentations scientifiques. Nous avons compris l'importance d'un devis méthodologique solide et surtout appris à relativiser les « récits de vérité » issus de l'appellation scientifique. Il nous faut être vigilants au protocole de recherche et à leur devis technique. Ceux-ci doivent promouvoir la transparence et la rigueur afin d'assurer leur crédibilité. Nous considérons la présentation de ce mémoire comme un essai d'exploration à caractère

pédagogique qui servira à la fois notre travail auprès des personnes ayant un problème de santé mentale ainsi qu'à consolider notre identité professionnelle.

ANNEXE A

Nom du client : _____

Date : _____

L'évaluation globale de PACT**1^{ère} partie : L'anamnèse psychiatrique, le statut mental et le diagnostic**

L'objectif : Le but de l'anamnèse psychiatrique, de l'évaluation du statut mental et du diagnostic est de recueillir soigneusement et systématiquement auprès du client et de sa famille, et après avoir pris connaissance des données de ses traitements antérieurs, des informations qui feront l'objet d'une évaluation du début de la maladie, des événements qui l'ont aggravée, du cours et des effets de la maladie, des traitements antérieurs et de leurs résultats, des comportements à risque, ainsi que du statut mental actuel. Cette évaluation servira à mettre au point avec le client et sa famille un plan de traitement et à s'assurer de l'exactitude du diagnostic.

Instructions : Le psychiatre a la responsabilité de faire l'anamnèse psychiatrique, l'évaluation du statut mental et celle du diagnostic; il fait une description écrite de l'anamnèse psychiatrique qu'il versera au dossier du client. Cette description comprendra les résultats de la présente évaluation et l'anamnèse du fonctionnement psychiatrique et social préparée par l'équipe de traitement individuel, ce qui donnera à cette évaluation une dimension chronologique. L'évaluation débute au moment de l'admission ou à la première entrevue que le client aura avec le psychiatre. Les démarches auprès d'autres entités pour obtenir les informations relatives aux traitements antérieurs du client dans un hôpital ou en clinique externe doivent être faites à ce moment. Le psychiatre organisera des entrevues avec le client pour compléter l'évaluation au cours des trente jours qui suivent. Le psychiatre doit se présenter comme étant le médecin de l'équipe, responsable du traitement et de la supervision des membres de l'équipe traitante. Durant la réunion quotidienne organisationnelle du personnel et au cours des réunions de l'équipe de traitement individuel, le psychiatre communiquera les résultats de son évaluation; il en fera état aussi au cours de la première réunion tenue pour la planification du traitement.

A. Raison de l'admission (plainte principale) telle que déclarée par le patient, la famille et/ou l'organisme référant

B. Anamnèse de la maladie présente

C. Objectifs du traitement et points forts personnels d'après le client

D. Anamnèse des maladies mentales ou psychiatriques antérieures, en tenant compte du début de la maladie, des événements qui l'ont aggravée, de son cours et de ses effets, les traitements antérieurs et leurs réactions ainsi que les comportements à risque. Évaluation du traitement antérieur

E. Examen de l'état mental

Instructions : Cette section permet au psychiatre de noter la présence ou l'absence de symptômes significatifs dans les principales zones du fonctionnement mental et de comportement et d'y ajouter de courts commentaires. Par conséquent, après chaque item, écrire "oui" ou "non" et faire une description spécifique du comportement. À la fin, écrire un résumé qui devrait comprendre les aspects positifs et négatifs les plus pertinents de l'état mental de la personne.

- | | |
|---|---|
| <i>Tenue</i> | 1. Négligée, malpropre
2. Vêtements en désordre, sales
3. Vêtements atypiques, inhabituels, bizarres
4. Caractéristiques physiques inhabituelles
5. Non coopérant
6. Connaissance défaillante (prise de conscience, réaction, attention) |
| <i>Comportement</i> | 7. Défaillant |
| <i>Posture</i> | 8. Rigide, tendue
9. Atypique, inconvenante |
| <i>Mouvement du corps en général</i> | 10. Accéléré, augmenté
11. Réduit, ralenti
12. Atypique, étrange, inconvenant
13. Agité |
| <i>Amplitude et qualité du discours</i> | 14. Relevé, fort
15. Réduit, ralenti
16. Atypique (mauvaise articulation, bégaiement etc.) |
| <i>Émotivité</i> | 17. Inconvenante quant au contenu de la pensée
18. Instable |

Humeur
prédominante

- 19. Insensibilité, "ne sent rien"
- 20. Euphorique
- 21. Colère, hostilité
- 22. Peur, anxiété, appréhension
- 23. Dépression, tristesse
- 24. Crises de panique ou symptômes

Expression
Faciale et compor-
tement physique
global

- 25. Anxiété, crainte, appréhension
- 26. Dépression, tristesse
- 27. Colère, hostilité, irritabilité
- 28. Variabilité réduite de l'expression,
figée, ne change pas
- 29. Attitude bizarre, inconvenante, "stupidité"
- 30. Exultant de joie

Perception

- 31. Illusions (fausse perception d'un stimulus externe réel. Exemple : le bruissement des feuilles est perçu comme étant des voix)
- 32. Hallucinations (Une perception sensorielle dans l'absence de tout stimulus externe réel, dans n'importe quel mode sensoriel)
 - A. Hallucinations auditives
 - B. Hallucinations visuelles
 - C. Autres hallucinations

Discours / pensée

- 33. Obsessions (idées indésirables persistantes impulsions, ou images reconnues comme étant un produit déraisonnable de sa propre pensée)

Contenu de la pensée

- 34. (un besoin persistant de vouloir passer à l'acte, allant souvent jusqu'à poser un geste contraire aux normes qu'on s'impose habituellement)

- 35. Phobies (une peur intense, irréaliste, récurrente ou persistante, d'un objet ou d'une situation)

- 36. Irréalité (un sentiment d'irréalité ou d'étrangeté au sujet de son propre environnement)

d'étrangeté

- 37. Dépersonnalisation (un sentiment d'irréalité ou au sujet de sa propre personne.)

	38. Idéation suicidaire
	39. Idéation homicide
	40. Délire (Une fausse croyance, fermement ancrée malgré des preuves évidentes du contraire, et qui généralement n'est pas acceptée par les autres membres de la culture et de la sous culture de la personne)
événements	41. Idées de référence (fausse croyance que des externes se rapportent à soi.)
	42. Idées d'influence
Courant de pensée	43. Trouble associatif
	44. Débit de pensée réduit, ralenti
	45. Débit de pensée augmenté
Fonctionnement Intellectuel	46. Somme réduite de connaissance
	47. Pensée abstraite déficiente
	48. Capacité de calcul déficiente
	49. Intelligence déficiente (compréhension)
Orientation	50. Désorienté par rapport aux personnes
	51. Désorienté par rapport aux lieux
	52. Désorienté par rapport au temps
Attention	53. Concentration déficiente sur les tâches mentales ou physiques
Mémoire	54. Mémoire immédiate déficiente

55. Mémoire à court terme déficiente

56. Mémoire à long terme déficiente

Perspicacité

57. Difficulté d'admettre l'existence de problèmes psychologiques

58. Blâme surtout les autres pour ses problèmes ou les attribue aux circonstances

Jugement

59. Capacité défaillante de prendre des décisions raisonnables dans la vie

Sommaire de l'état mental

F. Évaluation sommaire

Diagnostic des cinq axes du DSM 4

Axe I

Axe II

Axe III

Axe IV

Axe V

Recommandations du plan de traitement

Compilé par : _____
compilation _____

Date de

ANNEXE B

Formulaire de consentement et d'informations.
TERMES DE L'ENTENTE CONCERNANT VOTRE PARTICIPATION À LA
RECHERCHE :

*Étude exploratoire des narratifs identitaires chez des
personnes ayant un problème de santé mentale.*

IDENTIFICATION :

Chercheuse et responsable du projet : Amélie Proulx
Programme d'enseignement : Maîtrise – Travail social
Téléphone : 514-655-9011

CONSENTEMENT :

Je, soussigné _____ (en caractères
d'imprimerie), consens librement à participer à la recherche visant à
recueillir ma perception et mon vécu lorsque j'ai reçu des soins et
des services en santé mentale et de l'impact de ceux-ci dans ma vie
au quotidien. Cette recherche sera menée par Madame AMÉLIE
PROULX, étudiante à la Maîtrise en Travail Social de l'Université du
Québec à Montréal.

La nature et les modalités de cette recherche m'ont été expliquées. Je
comprends que l'objectif de cette recherche est d'explorer la notion
d'identité et la perception qu'en ont les personnes aux prises avec un
problème de santé mentale et afin de mieux comprendre notre
réalité au quotidien.

J'accepte de participer aux entretiens requis pour la réalisation de
cette recherche. Ces entretiens seront conduits par l'auteure de cette
recherche, en face à face, à l'endroit de mon choix. La durée des
entrevues sera d'environ de 45 à 60 minutes. L'enregistrement
audio des entrevues sera facultatif et ne sera pas une condition de
participation.

De plus, je ne retire aucun bénéfice personnel en participant à cette recherche et ma participation est entièrement volontaire. Je comprends que je ne subirai aucun préjudice quant à ma participation à cette recherche et pourrai m'en retirer à n'importe quel moment. Je ne serai pas tenue de répondre aux questions que je jugerai embarrassantes ou de nature trop personnelle.

Toutes les informations obtenues en lien avec cette recherche resteront confidentielles. Mon nom ne figurera dans aucun rapport. L'usage de pseudonyme lors de la rédaction du rapport assurera la confidentialité de mon identité. À cet égard, je consens à ce que le chercheur communique avec moi avant le dépôt du mémoire pour me faire part des éléments de la recherche me concernant et y apporter, au besoin, les corrections nécessaires pour assurer la confidentialité de mon identité.

Enfin, j'ai été informée que cette recherche est réalisée sous la direction M. François Huot, professeurs à l'École de travail social de l'UQAM.

Signature du participant _____
date _____

Signature du témoin _____ date _____

ANNEXE C

Grille d'entrevue : identification : _____

Étude exploratoire des narratifs identitaires chez des personnes ayant un problème de santé mentale.

Unité d'analyse : occasion de raconter leurs histoires ; narratifs

Histoire antérieure :

Racontez-moi comment était votre vie avant la maladie ;

Scolarité

Réseau social à l'école

Expérience de travail

Activité

Relation familiale

- Constellation familiale
- Relation avec mère
- Relation avec père
- Relation avec fratrie

Parcours psychiatrique :

Racontez-moi votre première rencontre avec un psychiatre ?

La première hospitalisation :

- Qui a accompagné
- Relation avec le personnel médical
- La médication
- Le diagnostic
- Les relations avec la famille à l'époque

Nombre d'hospitalisation. :

Description des autres épisodes :

Motif

Relation avec le personnel

Relation avec la famille ou ami

Le diagnostic

La médication

Suivi POST - hospitalisation ?

- psychiatre ?
- intervenant ?
- description du suivi ? (fréquence – services offerts thérapeutique – espace de parole)
- implication de la famille ?
- Perception versus les soins reçus ?

Le vécu social lors des hospitalisations ?

Le quotidien du psychiatrisé :

Décrivez-moi une de vos journées actuellement ?

La gestion du quotidien (comment se débrouille-t-il dans la vie de tout les jours)

Projet de vie actuelle

Relation avec la maladie

Impact de celle-ci à l'heure actuelle

Relation familiale

Réseau social

Perception actuelle du traitement

Élément ayant aidé à son rétablissement

Relation avec son équipe traitante

Perception actuelle de la maladie

Quels conseils donneriez vous à une personne souffrante d'un problème de santé mentale n'ayant jamais consulté ?

ANNEXE D

**Tableaux présentation des données sociodémographiques des participants à une étude exploratoire des
narratifs identitaires chez des personnes souffrant de maladie mentale
2012**

Sexe	Âge	Source de revenu	Constellation familiale	Milieu de vie	Nb années sans hospitalisation	Traitement (médication et suivi)
F	51	S.S. contrainte sévère à l'emploi ± 930 \$ mois	2 sœurs 3 frères Parents divorcés Célibataire	Appartement Supervisé	21 ans	OUI
F	71	Pension vieillesse ± 1 \$ mois	2 frères – un DCD Parents DCD Conjoint de fait DCD	Appartement Autonome	5 ans	OUI
F	64	S.S contrainte sévère à l'emploi ± 930 \$ mois	2 sœurs -3 frères Parents DCD Conjoint de fait	Appartement Autonome	20 ans	OUI
H	56	S.S contrainte sévère à l'emploi ± 930 \$ mois + Revenu emploi 200 \$	1 sœur Parents : séparés et dcd Célibataire	Appartement Supervisé	18 ans	OUI
F	35	S.S contrainte sévère à l'emploi + programme étude ± 1100 \$ mois	1 frère Parents : divorcés Célibataire	Appartement supervisé	5 ans	OUI
H	35	Revenu d'emploi ± 1500 \$ mois	1 frère Parents : divorcés Marié – 1 enfant	Coopérative d'habitation	13 ans	NON

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DÉFINITIONS

S.S. Solidarité sociale (aide sociale)

DCD : personne est décédée

Pension de vieillesse : Dans le montant estimé nous incluant le supplément de revenu garantit

Suivi : Le participant a un suivi médical concernant son problème de santé mentale et bénéficie d'un suivi psychosocial communautaire.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (APA) 1997. *DSM-IV-TR Manuel diagnostique des troubles mentaux*. Paris : Masson
- April, Denis. 2011. *Tempête dans ma tête : ma vie avec la maladie mentale*. Coll. «Les impatients», Montréal : Édition Liber
- Barthelélémy, Sophie et Ariane Bilheran. 2007. *Le délire*. Collection universitaire de poche, Paris : Édition Armand Colin
- Bellamy, Vanessa. Jean-Luc Roelandt et Aude Caria. 2004. *Troubles mentaux et représentation de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale*. Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques (DREES). No 341 – Octobre 2004. France. Récupéré le 30 mai 2014 de <http://www.drees.sante.gouv.fr/troubles-mentaux-et-representations-de-la-sante-mentale-premiers-resultats-de-l-enquete-sante-mentale-en-population-generale,4707.html>
- Berger, Peter et Thomas Luckman. 1986. *La construction sociale de la réalité*. Méridiens Klincksieck. Paris.
- Berthelot, Jean-Michel. 2001. *Épistémologie des sciences sociales*. Coll. « Premier Cycle », Paris: Édition Presses universitaires de France.
- Berthelot, Jean-Michel. 1990. *L'intelligence du social, le pluralisme explicatif en sociologie*. Paris: Édition Presses universitaires de France.
- Billouet, Pierre. 2003. *Foucault*. Coll. « figures du savoir », Éditions Les belles Lettres.
- Bouchard, P. 1993. « Culture méthodologiques et valeurs en recherche qualitative ». *La recherche qualitative en éducation*, Association québécoise de recherche qualitative, p. 9-27
- Bourdeau, Françoise. 1984. *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques: histoire et institution*. Édition Saint-Martin.
- Bruner, Jerome. 2005. *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ?* Trad. de l'anglais par Yves Bonin. Coll. « Agora ». Éd: Pocket.

- Cailloux-Cohen, Suzanne et Luc Vigneault. 1997. *Aller-retour au pays de la folie*. Québec: Éditions de l'homme.
- Cefaï, Daniel. « Phénoménologie et sciences humaines » Dans *Le dictionnaire des sciences humaines*, Éd. 2006. p. 864-866
- Collin, Johanne. 2006. « Une épistémologie médicale en changement : Raisonnements thérapeutiques entre science et croyances. » Chap. dans *Les médicaments au cœur de la socialité contemporaine : Regard croisés sur un objet complexe*. Johanne Collin, Marcelo Otero et Laurence Monnais. Québec: Éd. Les presses de l'Université du Québec. p. 129-151
- Corbière, Marc. Durand, Marie-Josée. 2011 *Du trouble mental : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Les presses de l'Université du Québec, 440 p.
- Cormier, Céline. 2013 « Encore de l'espoir ». Chap. dans *Je suis une personne pas une maladie ! La maladie mentale l'espoir de mieux-être*. M-L Quintal, Luc Vigneault, M-F. Demers, Yolande Champoux, Louise Marchand, M-A. Roy, et M-A. Wallot. Longueuil: Performance Édition, p. 95-120
- Coulon, Alain. 1997. *L'École de Chicago*. Coll. « Que sais-je », no 2639. Paris: Presses universitaires de France.
- Del Barrio, Lourdes Rodriguez. 2005. « Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie au point de vue des usagers ». *Cahier de recherches sociologique*, no 41-42, p. 237-255.
- De Gaulejac, Vincent. 2009. *Qui est « je » ? Sociologie clinique d'un sujet*. Paris: Édition du Seuil.
- Deslauriers, Jean-Pierre. et Michèle Kérisit. 1997. « Le devis de recherche qualitative. » Chap. dans *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et Méthodologiques*. J. Poupert, J-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. P. Pires, Boucherville: G. Morin, p. 85 à 109
- Dorvil, Henri. 2005. « Quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionalisation. », *Cahier de recherches sociologique*, no 41-42, p. 209-235.

- Dorvil, Henri. 2006. « Prise de médicament et désinstitutionnalisation ». Chap. dans *Les médicaments au cœur de la socialité contemporaine : Regard croisés sur un objet complexe*. Johanne Collin, Marcelo Otero et Laurence Monnaï. Québec: Les presses de l'Université du Québec, p. 35-61
- Doucet, Marie-Chantale. 2013. « Arrimer l'hétérogène et le singulier : l'exemple de la santé mentale. » Chap. dans *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité*, sous la direction de Marcelo Otero et Shirley Roy, p. 85-100 Québec : Les presses de l'université du Québec.
- Drouin, Marc Simon. 2011 « Pathologies des troubles mentaux transitoires et graves en interaction avec les caractéristiques de la personnalité ». Chap. dans *Du trouble mental à l'incapacité au travail : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. sous la direction de Marc Corbière et Marie-José Durand, p. 77-108, Québec: Les presses de l'Université du Québec.
- Dumora, Bernadette et Thierry Boy. 2008. « Les perspectives constructivistes et constructionnistes de l'identité: Constructivisme et constructionnisme : fondements théoriques. » *Orientation Scolaire et professionnelle*. Récupéré de <http://osp.revues.org/1722>
- Durand, V. Mark, et David H Barlow. 2002. *Psychopathologie une perspective multidimensionnelle*. Édition De Boeck Université.
- Ehrenberg, Alain. 2005. « La plainte sans fin – Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale ». *Cahiers de recherche sociologique*, no 41-42, p.17-39
- Elkaïm, Mony (dir. Publ.). 1995. « Constructivisme, constructionnisme social et narrations: aux limites du systémique ? » Chap. dans *Panorama des thérapies familiales*, p. 543-572. Paris: Édition du Seuil.
- Foucault, Michel. 1954. *Maladie mentale et psychologie*. Paris: Éditions Quadrige PUF.
- Foucault, Michel. 1972. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Éditions Gallimard.
- Goffman, Erving. 1968. *Asiles études sur la condition sociale des malades mentales et autres reclus*. Trad. de l'anglais par Liliane et Claude Lainé. Paris: Les éditions de minuit.
- Goffman, Erving. 1975. *Stigmate les usages sociaux des handicaps*. Trad. de l'anglais par Alain Kihm. Paris: Les éditions de Minuit.

- Gonon, François. (Novembre 2011). «La psychiatrie biologique : une bulle spéculative » *Esprit*. p. 54-73 Récupéré de <http://www.esprit.presse.fr/archive/review/article.php?code=36379>
- Groulx, Lionel. 1993. « Recherche qualitative et problèmes sociaux. » *Les méthodes qualitatives en recherche social : Problématiques et enjeux*. Actes du colloque du conseil québécois de la recherche sociale Québec, Gouvernement du Québec.
- Institut universitaire en santé mentale Douglas. 2013. *Documentation SI, section 6, Évaluation globale PACT – l'anamnèse psychiatrique, le statut mentale et le diagnostic*. [document électronique] Récupéré le 4 juin 2014 de www.douglas.qc.ca/uploads/File/cnesm/section-6/section6-6.doc
- Katschnig, Heinz. 2010. « Forums : les psychiatres sont-ils une espèce en voie de disparation ? Observation sur les défis internes et externes de la profession. » *World Psychiatric*, vol. 9 no. 1 (Février) Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/184634/>
- Hôpital Louis-H Lafontaine. 2005. *Protocole d'utilisation des mesures de contrôle : isolement et contentions*, Récupéré de http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/protocole_isolement.pdf
- Kaufmann, Jean-Claude. 2007. *L'enquête et ses méthodes : L'entretien compréhensif*, 2 ième édition refondue, Édition Armand Colin.
- Kaufmann, Jean-Claude. 2004. *L'invention de soi : une théorie de l'identité*. Paris: Édition Hachette littératures.
- Lamoureux, Henri. 2003. *Éthique, travail social et action communautaire*. Sainte-Foy (Qué): Édition Presses de l'Université du Québec.
- Liberman, Romain. 1988. *Handicap et maladie mentale*. 5 ième Édition. Coll.«Que sais-je», Paris: Presses Universitaires De France.
- Le Breton, David. 2004. *L'interactionnisme symbolique*. Paris: Édition Presses Universitaires de France
- Le Moigne, Phillippe. 2005. « La reconnaissance du trouble mental. Psychiatrie, médecine et bien-être (1950-1980) ». *Cahier de recherches sociologique*, no 41-42, p. 91-111

- Martucelli, Danilo. 2005. « Critique de l'individu psychologique ». *Cahiers de recherche sociologique*, no 41-42, p. 43-64
- Miles, M.B, et A.M. Huberman. 2005. *Analyse des données qualitatives*, 2^{ème} Éditions, Bruxelles: De Boeck.
- Mucchielli, Alex. « Constructionnisme » Dans *Le dictionnaire des sciences humaines*, Éd. 2006. p. 197-199
- Mucchielli, Alex. 1986. *L'identité*. Coll. «Que sais-je», 8^{ème} Édition, Paris, Presses Universitaires de France.
- Ogien, Albert. Toledo, Micheal. (1986) « Le sens de l'hospitalisation » *Sciences sociales et santé*. vol. 4, no 2. Médecines parallèle. p. 5-32
Récupéré de : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1986_num_4_2_1031
- Organisation mondiale de la santé. 2001. *Faits et Chiffre : Santé mentale un état de bien-être*. Récupéré le 24 mai 2014 de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/fr/index5.html
- Organisation mondiale de la santé. 2004. *Guide des politiques et des services de santé mentale : la situation de la santé mentale*. [ressource électronique] no NLM: WM 30 au catalogue de Bibliothèque de l'OMS, Genève : Suisse. Récupéré le 23 mai 2014 de http://www.who.int/mental_health/policy/Situation_de_sante_mentale_final.pdf?ua=1
- Otero, Marcelo. 2005. « Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine ». *Cahier de recherches sociologique*, no 41-42, p.65-87
- Otero, Marcelo. 2013. « Repenser les problèmes sociaux: des populations problématiques aux dimensions problématisées ». Chap. dans *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité*. Sous la dir. de Marcelo Otero et Shirley Roy. p.351-389, Québec: Les presses de l'université du Québec.
- Paillé, Pierre, et Alex Mucchielli. 2008. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociale*. 2^e Éd. Paris: Édition Arman Colin.

- Parazelli, Michel. 2010. « L'autorité de « marché » de la santé et des services sociaux ». *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 22. p. 1-13
- Parazelli, Michel. 2008. « Solliciter l'acte citoyen ». *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol.21, no 1, p. 3-9.
- Pires, Alvaro P. 1997. « De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales ». Chap. dans *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et Méthodologiques*, J. Poupart, J-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. P. Pires, p. 3-54, Boucherville : G. Morin.
- Pedinielli, Jean-Louis et Guy Gimenez. 2002. *Les psychoses de l'adulte*. 2^{ième} Éditions, Paris, Armand Colin, 126p.
- Poirel, Marie-France et Ellen Corin. 2011. « Revisiter la notion de traitement à partir des récits des personnes usagères, d'intervenants et des responsables de ressources alternatives en santé mentale : la question de la subjectivité ». *Santé mentale au Québec*, vol. 36, no 1, p.115-130 Récupéré de : <http://www.erudit.org/revue/smq/2011/v36/n1/1005817ar.html?vue=resume>
- Québec. Ministère de la santé et des services sociaux. (2011). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle contention isolement*. Rédigé par Authier, M et Delisle, Johanne. [document PDF] Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré le 2 février 2014 de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-812-01W.pdf>
- Québec. Conseil médical du Québec. 2001. Avis. *Les maladies mentales : un éclairage contemporain*. Récupéré de www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/2001_04_av_fr.pdf. Septembre 2001
- Quintal, Marie-Luce. 2013 « Les hauts et les bas d'une psychiatre ». Chap. dans *Je suis une personne pas une maladie ! La maladie mentale l'espoir de mieux-être*. M-L Quintal, Luc Vigneault, M-F. Demers, Yolande Champoux, Louise Marchand, M-A. Roy, et M-A. Wallot. Longueuil: Performance Édition, p. 49-57
- Rodriguez, Lourdes. Linda Bourgeois, Yves Landry. 2006. *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté*, Québec: Les presses de l'Université du Québec.

- Schütz, Alfred. 1960. « Le monde social et la théorie de l'action social » Chap. in *Le chercheur et le quotidien : phénoménologie des sciences sociales*, Trad. par Anne Noschis-Gilliréon, p. 89-102, Paris: Édition Klincksieck.
- Stuart, Heather. 2011. « Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale en milieu de travail ». Chap. dans *Du trouble mental à l'incapacité au travail : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. sous la dir. de Marc Corbière et Marie-José Durand, p. 339-361, Québec: Les presses de l'Université du Québec.
- Tomm, Karl. 1985. « Circular Interviewing: A Multifaceted Clinical Tool. » Chap. dans Campbell, D. & R. Draper Eds. *Applications of Systemic Family Therapy: The Milan Approach*. Grune & Stratton. New York.
- White, Micheal, et David Epston. 2003. *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Trad. de l'anglais Jean-François Bourse. Coll. « Le germe », Bruxelles: Éditions SATAS.
- Zarifian, Édouard. 2000. *Les jardiniers de la folie*. Paris: Éditions Poche Odile Jacob.
- Zimmerman, Jeffrey L et Victoria C. Dickerson. 1995. « Les narrations en psychothérapie et le travail de Micheal White ». Dans *Panorama des thérapies familiales*, sous la dir. de Mony Elkaïm, p. 573-596. Paris: Édition du Seuil.